

IDEACIÓN SUICIDA Y AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL

**Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes del municipio de Soledad,
Atlántico.**

De La Cruz Rodríguez, Luz Neris; Zúñiga Herrera, Tania



Programa de Psicología

Universidad de la Costa, C.U.C.

Barranquilla

2017

**Ideación suicida y regulación emocional en adolescentes del municipio de Soledad,
Atlántico**

De La Cruz Rodríguez, Luz Neris; Zúñiga Herrera, Tania

Tutor:

Melissa Gelves Ospina, Ph.D

Co-tutor:

Esther Mercader Yus, Mg.

Programa de Psicología

Universidad de la Costa, C.U.C.

Barranquilla

2017

Contenido

Resumen.....	5
Abstract	7
Introducción	8
Planteamiento del problema.....	11
Justificación	18
Objetivos	21
Hipótesis	22
Marco Teórico.....	23
Conceptualización De Ideación Suicida.....	24
Factores de riesgo y protectores del suicidio	25
Teorías de la ideación suicida	30
Fundamentos neurobiológicos de la ideación suicida	37
Conceptualización de Regulación Emocional.....	40
Factores que Influyen en la Regulación de las Emociones	42
Teorías de Regulación Emocional.....	44
Fundamentos neurobiológicos de la regulación emocional	48
Evaluación de ideación suicida	51
Evaluación de regulación emocional.....	54
Relación entre autorregulación emocional e ideación suicida	57
Variables	60
Método	62
Tipo y Diseño de Investigación.....	62

Participantes	62
Técnicas e Instrumentos	63
Procedimientos.....	64
Resultados	65
Discusión.....	78
Conclusiones	86
Referencias.....	88
Anexos	110

Lista de tablas

Tabla 1. Cuadro de variables	58
Tabla 2. Variables de control	59
Tabla 3. Medidas de tendencias centrales de las variables sociodemográficas	67
Tabla 4. Niveles de ideación suicida	68
Tabla 5. Niveles de ideación suicida positiva	68
Tabla 6. Niveles de ideación suicida negativa	69
Tabla 7. Niveles de regulación emocional	71
Tabla 8. Correlaciones entre la ideación suicida y la regulación emocional	72
Tabla 9. Correlaciones entre las variables de estudio en estudiantes de sexo masculino	73
Tabla 10. Correlaciones entre las variables de estudio en estudiantes de sexo femenino	74
Tabla 11. Correlaciones de Spearman entre las variables de estudio para 10°	75
Tabla 12. Correlaciones de Spearman entre las variables de estudio para 11°	76

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de Turecki	32
Figura 2. Porcentaje de la muestra con respecto a la edad de los participantes.....	64
Figura 3. Porcentaje de distribución de los participantes con relación al sexo	64
Figura 4. Porcentaje de distribución de los estudiantes con relación al grado escolar	65

Resumen

En la presente investigación se buscó determinar la relación existente entre la ideación suicida y la regulación emocional en adolescentes entre 15 y 17 años del Instituto Monsalve New Love de Soledad, Atlántico. **Método:** investigación de tipo cuantitativa, bajo el paradigma empírico analítico; mediante a un diseño no experimental de temporalidad transversal, con un alcance correlacional. En la selección de la muestra se realizó un muestreo no probabilístico, participaron 109 estudiantes entre los grados 10 y 11, se aplicó el Inventario de Ideación Suicida Positivo y Negativo, PANSI (Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998) y la Escala de Dificultades de Regulación Emocional, DERS (Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016). **Resultados:** el 70% de los participantes presentaron ideación suicida en un nivel alto y muy alto según los baremos PANSI; así mismo, 23,9% presento un nivel alto de dificultades en la regulación de las emociones, se evidenciaron correlaciones significativas ($p < 0,01$) entre la dimensión ideación suicida negativa y la dimensión de no aceptación, así mismo entre la dimensión ideación suicida total con la dimensión de estrategias. **Conclusiones:** Existe una correlación positiva débil entre ideación suicida y regulación emocional, debido que un 70% de los adolescentes presentaron ideas suicidas, también mostraron dificultades en la regulación, sin embargo, solo se vio marcados en algunas dimensiones de la regulación como claridad, metas, impulsividad y estrategias de regulación. Se infiere que, al usar pocas estrategias de regulación, propicia las ideas suicidas; sin embargo, no es determinante para la presencia o ausencia de ideas suicidas.

Palabras claves. Ideación suicida, regulación emocional, adolescencia.

Abstract

In this research, we sought to determine the relationship between suicidal ideation and emotional regulation in adolescents between 15 and 17 years of the Monsalve New Love Institute of Soledad, Atlántico. **Method:** quantitative research, under the analytical empirical paradigm; by means of a non-experimental design of transverse temporality, with a correlational scope. In the selection of the sample a non-probabilistic sampling was carried out, 109 students participated in grades 10 and 11, the Positive and Negative Suicide Ideation Inventory, PANSI was applied (Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998) and the Emotional Regulation Difficulties Scale, DERS (Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016). **Results:** 70% of the participants presented suicidal ideation at a high and very high level according to the PANSI scales; Likewise, 23.9% presented a high level of difficulties in the regulation of emotions, significant correlations were evidenced ($p < 0.01$) between the negative suicidal ideation dimension and the non-acceptance dimension, as well as between the ideation dimension Total suicide with the dimension of strategies. **Conclusions:** There is a weak positive correlation between suicidal ideation and emotional regulation, due to the fact that 70% of adolescents presented suicidal ideas, they also showed difficulties in regulation, however, they were only marked in some dimensions of the regulation as clarity, goals, impulsivity and regulation strategies. It is inferred that, by using few regulatory strategies, propitiates suicidal ideas; however, it is not determinant for the presence or absence of suicidal ideas.

Keywords. Suicidal ideation, emotional regulation, adolescence.

Introducción

Los suicidios tienen un peso importante dentro de la mortalidad por lesiones de causas externas en la región y aparecen como una de las primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. El fenómeno del suicidio inicia con la ideación suicida, y posteriormente se dan otras fases como el plan, el intento o en muchos casos el suicidio consumado (García de Jalón & Peralta, 2002). Por tal motivo, se decidió enfocar esta investigación en la primera fase del suicidio, que es la ideación suicida.

Se tomó en cuenta los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental, donde encontraron que la ideación suicida es tan frecuente en adolescentes como en adultos colombianos, siendo la prevalencia de ideación suicida en adolescentes entre 12 a 17 años de un 6.6%, y del intento de suicidio de 2.5%. Esto indica que 37.6 % de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado. Esta misma encuesta concluye que, en adultos, alrededor de un tercio de las personas que piensan suicidarse, han tenido planes suicidas y han intentado suicidarse; concluyendo que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres (Ministerio de Salud Colombiano, MINSALUD, 2015).

La ideación suicida consiste en pensamientos que tienen los individuos sobre su propia muerte. Esto puede variar dependiendo de la gravedad de los planes de suicidio y el nivel de intencionalidad que experimentan las personas (American Psychiatric Association, 2002). Por lo tanto, se ha establecido que los adolescentes con bajos niveles de felicidad, perturbación emocional y presencia de emociones negativas están más expuestos a los pensamientos suicidas (Hughes, Langille, Rigby, Tomblin & Wang, 2003). Esta afirmación permite plantearse la

hipótesis acerca de si el nivel de regulación emocional presente en los adolescentes se relaciona con la presencia de ideas suicidas. Para fines de la presente investigación, se examinó este fenómeno a la luz del enfoque neuropsicológico, el cual señala que la regulación de las emociones, son aquellos procesos por los cuales los individuos ejercen una influencia sobre las emociones, en el momento que se presentan, y sobre cómo las experimentan y las expresan (Gross, 1998); es decir, la regulación emocional hace alusión a la intención y capacidad de modificar los componentes de la experiencia emocional teniendo en cuenta su frecuencia, forma, duración e intensidad (Thompson, 1994); y ello podría jugar un papel protector frente a la ideación suicida, dado que los sujetos con ideas suicidas se caracterizan por una invalidez para tolerar la experimentación de emociones negativas intensas e incapacidad para regularlas (Ceballos & Suárez, 2012).

A su vez, en la revisión bibliográfica, se encontró que una de las etapas donde el individuo aprende a regular sus emociones es la adolescencia, siendo ésta una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios físicos, psicológicos e interpersonales que atraviesa. Además, asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2002). Por su parte Mosquera (2016), en una revisión de literatura encontró que existe una larga lista de factores de riesgo más generales, los cuales se dividen en factores familiares y contextuales y factores de riesgo individuales, donde afirma que la edad es uno de ellos. Dentro de estos últimos, se puede encontrar factores de riesgo psicológicos, cognitivos y psiquiátricos, identificados como precipitantes de una conducta suicida; los cuales son abordados en el marco teórico de la presente investigación. Bajo este hallazgo y las incidencias de casos de suicidio en

adolescentes, se escogió la población en las edades de 15 a 17 años, estudiantes de una institución educativa de Soledad (Instituto Monsalve New Love).

Las variables de ideación suicida y regulación emocional, están descritas bajo una serie de modelos teóricos que brindan una comprensión más amplia de ambas variables. Aunque se mencionan varios modelos explicativos, cada variable fue abordada bajo la visión de un autor específico. La ideación suicida es descrita bajo el modelo explicativo de depresión de Beck, partiendo de la idea que la ideación suicida es determinada por la depresión y la presencia de pensamientos disfuncionales (Duarté & Rosselló, 1999; Fernández & Merino, 2001), reconociendo la incidencia de los trastornos depresivos en el 50% de los adolescentes que se suicidan (Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Diazgranados, Ospina, & Fernández, 2002). En cuanto a la regulación emocional, esta es explicada con el modelo procesual de Gross y Thompson (2007) debido a que ayuda a entender por medio de la respuesta emocional, los pensamientos que se generan a partir de la experiencia afectiva. Además, se explican los fundamentos neurobiológicos tanto de la ideación suicida y la regulación emocional, con la finalidad de tener una visión integral de la comprensión de dichas variables.

Planteamiento del problema

El suicidio es un fenómeno que afecta a cualquier tipo de población y no discrimina edad, sexo o raza, aunque tiene ciertas características que varían de acuerdo con el contexto cultural, las condiciones sociales y económicas de cada sujeto en particular (Feliu, Norma, Parras & Trenzado, 2001). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1998 definió el suicidio como: “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (p.3).

La OMS (2014) considera que las tasas de suicidio corresponden al producto de dos factores: las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida y las circunstancias externas como falta de oportunidades, de no ser escuchado, percibido, entendido, atendido y amado.

Según la OMS como se cita en *Así Vamos en Salud* (2016) cerca de 3,000 personas se suicidan cada día en todo el mundo (lo que equivale a 1 persona cada 29 segundos), y otras 60,000 intentan hacerlo, pero no lo logran. Las tasas de suicidio están en incremento y han sido particularmente agudas en países en desarrollo, especialmente entre personas jóvenes: es la tercera causa de muerte a nivel mundial. La OMS (2012) considera que la depresión, una de las principales causas del suicidio, también representará la mayor causa de pérdida de años de vida saludables después del VIH/SIDA para el año 2030. Por lo tanto, se estima que a nivel mundial el suicidio ocupa el 1.8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2.4%.

Según el informe Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (2007):

Los suicidios tienen un peso importante dentro de la mortalidad por lesiones de causas externas en la región y aparecen como una de las primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. En dos subregiones, Norteamérica y el Cono Sur, hay más suicidios que homicidio en niños y adolescentes. (p.77).

Desde el año 2013, el fenómeno del suicidio en Colombia ha presentado un comportamiento constante, siendo la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años (OMS, 2017), con una tasa de mortalidad de 4.4 casos por cada 100,000 habitantes en el mismo año. Estas tasas de suicidio se mantienen constantes hasta el año 2015 (MINSALUD, 2016).

Por su parte, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia (Ricaurte, 2015) reportó que en Colombia en el año 2014 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 4.33 casos por cada 100,000 habitantes, similar a la reportada durante los últimos 9 años.

El registro de casos de suicidio en el sistema médico-legal colombiano para el año 2014 señala una distribución por sexos de 1.544 hombres, un 82% del total de casos, y 333 mujeres 18% de los casos. La incidencia más alta de casos de suicidio, se presenta en los individuos de 20 a 24 años (277 casos) equivalen a un porcentaje de 14.76%, de 25 a 29 años (237 casos) equivale a un porcentaje de 12.63%, respectivamente (235 y 194 hombres). En las mujeres, el mayor registro se encuentra en el grupo de los 15 a 17 años (48 casos), con un porcentaje de 2.56% de los 1.878 casos presentados (Ricaurte, 2015).

Con relación a la población infanto-juvenil, en Europa cada día se suicidan 37 adolescentes. En Canadá, los suicidios son la segunda causa de muerte para jóvenes entre los 10 y 19 años; en Estados Unidos es la segunda causa de muerte en niños entre los 10 y los 14 años; y en Colombia se han incrementado en los últimos 5 años entre 1.57% a 1.75% en la población infantil, lo cual apunta a que la mortalidad va en aumento (INMLCF, 2011).

Según datos del INMLCF (2013) la tasa general de suicidios en Colombia en los últimos 5 años se ha mantenido entre 4 y 4.1, mientras que aquella de menores entre 5 y 18 años pasó de 1.57 en el 2008 a 1.75 en el 2012, lo que en casos representa 18 casos más.

Con respecto al Departamento del Atlántico, el Centro de estudios políticos y socioculturales del Caribe (CESPCA, 2016) reportó que, de los 21 casos de suicidios presentados en el año 2016 en el Departamento del Atlántico, el 52% han sucedido en Barranquilla, mientras que el otro 48% en Soledad. En cuanto al total de los casos presentados según rango etario, del total de suicidios, el 31% de las víctimas fueron jóvenes entre los 14 y 28 años y el 29% de 29 a 45 años; 16% adultos mayores a 60 años; 14% de 46 a 59 años; 3% menores de 13 años; y 6% sin dato referente a la edad. Sin embargo, la Gobernación del Atlántico (2016) afirma que en el año 2016 en el municipio de Soledad se presentaron 91 casos de suicidios en los barrios El Ferrocarril, Los Almendros, Normandía, Villa Estadio, Las Moras, Primero de Mayo, Ciudadela Metropolitana y Ciudad Caribe (CESPCA, 2016).

La Encuesta Nacional de Salud Mental, muestra que la ideación suicida es tan frecuente en adolescentes como en adultos colombianos, siendo la prevalencia de ideación suicida en adolescentes entre 12 a 17 años de un 6.6%, y la prevalencia del intento de suicidio de 2.5%. Esto quiere decir que 37.6 de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado. Esta misma encuesta concluye que, en adultos, alrededor de un tercio de las personas que piensan

suicidarse, han tenido planes suicidas y han intentado suicidarse; concluyendo que los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres (MINSALUD, 2015).

La ideación suicida consiste en pensamientos que tienen los individuos sobre su propia muerte. Esto puede variar dependiendo de la gravedad de los planes de suicidio y el nivel de intencionalidad que experimentan las personas (American Psychiatric Association, 2002).

Si bien, en la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida (Cortés, 2014). Por tal motivo Nelson y sus colaboradores (2005) afirman que la adolescencia se caracteriza por un mayor desequilibrio, con un circuito aproximativo muy propenso a actuar en situaciones que puedan deparar una recompensa inmediata y un inmaduro circuito regulatorio que va a tener muchas dificultades para controlar la impulsividad. Sin olvidar el desajuste entre la maduración de algunas áreas de los lóbulos frontales responsables del razonamiento ético y moral que nos permite inhibir los impulsos emocionales inmediatos y su completa articulación en los circuitos neuronales que conectan otras áreas del cerebro implicadas en la regulación de las emociones, dicha falta de maduración, podría generar que las situaciones con fuerte carga emocional potencien los efectos de las conductas de riesgos haciéndolas más probables, a su vez propiciando desordenes afectivos, impulsividad, un bajo control sobre la necesidad de gratificación, entre otros.

Por lo tanto, se ha establecido que los adolescentes con bajos niveles de felicidad, perturbación emocional y presencia de emociones negativas están más expuestos a los pensamientos suicida (Hughes, Langille, Rigby, Tomblin & Wang, 2003). Esta afirmación permite plantearse la hipótesis acerca de la existencia de una relación entre la ideación suicida y

regulación emocional. Para fines de la presente investigación, se quiere examinar esta hipótesis a la luz del enfoque neuropsicológico, el cual aporta conocimiento relevante puesto que señala que la conexión entre la corteza órbito-frontal y algunas estructuras límbicas como la amígdala, el hipocampo y el núcleo caudado, cumplen un papel fundamental en el control cognitivo, en la inhibición de emociones y conductas, y la impulsividad, las cuales son características propias de la adolescencia (Weinberger, Elvevag y Giedd, 2005).

la regulación de las emociones, son “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1998, p. 275); de manera, que el despliegue de habilidades emocionales funciona como factor protector ante este problema de salud pública que es la ideación suicida dado que, el paciente suicida se caracteriza por la experimentación de intensas emociones negativas, una invalidez para tolerarlas e incapacidad para regularlas (Ceballos & Suárez, 2012).

La falta de estrategias de regulación emocional obstaculiza el desarrollo de la habilidad del adolescente para modificar su conducta teniendo en cuenta los aspectos cognitivos, sociales y emocionales que se presentan en una determinada situación. La dificultad en la autorregulación se traduce en un factor de riesgo externo que favorece la aparición de acoso escolar, dificultad en las relaciones interpersonales, mala elaboración de duelo, separaciones, divorcios, rechazo y antecedentes de abuso sexual (Ruff & Rothbart 1996).

Desde el área de la salud, una investigación sobre regulación emocional en pacientes oncológicos, indicó que tanto la expresividad emocional, como la omisión de la expresión emocional, representan un papel influyente en la salud física y mental de estos pacientes (Giese-Davis & Spiegel, 2003; Denollet, Nyklícek & Vingerhoets, 2002). Por su parte Ulich (1985),

afirma que la inhibición demasiado fuerte de las emociones favorece el incremento de casos de suicidios.

Algunos estudios afirman que, tener la habilidad de prolongar los propios estados emocionales positivos, interrumpir los negativos y experimentar con claridad los sentimientos, asegura un nivel aceptable de salud mental; entendiéndose esta como la ausencia de síntomas de ansiedad, depresión y menor tendencia a tener pensamientos intrusivos o disfuncionales (Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2003; Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera, & Pizarro, 2002).

Abeloff, Derogatis & Melisaratos (1979) realizaron un estudio longitudinal en pacientes con cáncer de mama y los resultados arrojaron que aquellas pacientes con cáncer que habían evidenciado una forma de afrontamiento abierta y consciente de las emociones negativas y del estrés psicológico resistían y sobrevivían más que aquellos que no lo hacían. Por consiguiente, Mestre, Guil & Segovia citados en Pena & Repetto (2008), afirman que la inteligencia emocional es un factor protector de conductas problemáticas como la violencia, impulsividad y el desajuste emocional, así como también, contra conductas de riesgo para la salud, adicciones a drogas, tabaco o alcohol (Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello & Extremera, 2006). Es decir, la ausencia o poca regulación de las emociones, está asociada con depresión soledad, miedo, frustración, culpa, inestabilidad, desacuerdo, resentimiento, fracaso, entre otros sentimientos desfavorables. Además, los individuos con dificultades en el manejo de sus emociones, no se sienten reconocidos, se perciben estresados, manejan excesiva represión o sobreexpresión emocional, muestran ira cuando es contraproducente en una situación y permanecen irritables y hostiles, los cuales constituyen factores de riesgo para desarrollar cualquier forma de conducta suicida (Ospino & Colorado, 2012).

Por su parte, Suárez, Restrepo, & Caballero (2016), plantean que la presencia de ideas suicidas entre universitarios colombianos responde a dificultades de estos jóvenes para comprender sus estados emocionales, reparar emociones negativas y afrontar problemas; por esto se considera que a menor claridad emocional y menor reparación emocional, mayor es el riesgo de ideación suicida. Este hallazgo coincide con los resultados del estudio realizado por Forti & Forti (2012), donde se encuentra que los individuos vulnerables, impulsivos, con labilidad emocional, cambios bruscos de humor, problemas de identidad, miedo al abandono y con tendencia a implicarse en relaciones interpersonales inestables, presentan alto riesgo de realizar intentos de suicidio ante situaciones frustrantes.

La detección temprana de ideación e intento suicida y la forma de regular las emociones en adolescentes puede evitar algunos casos de suicidio; y, por lo tanto, a partir de los cuestionamientos anteriores, el presente proyecto de investigación, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre la ideación suicida y la regulación emocional en los adolescentes entre 15 y 17 años del Instituto Monsalve New Love del municipio de Soledad, Atlántico?

Justificación

Factores neuropsicológicos, sociales y personales, son las principales causas que llevan a un individuo a atentar contra su propia vida (Andrade, Blandon, García, Laine, & Quintero, 2015). Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2013), la tasa general de suicidios en Colombia en los últimos 5 años se ha mantenido entre 4 y 4.1 %, mientras que aquella de menores entre 5 y 18 años incrementó de 1.57% en 2008 a 1.75% en 2012. Entre enero y agosto de 2013, se presentaron 109 suicidios de menores entre 5 y los 17 años; el 60% corresponde a personas del sexo masculino, mientras el 39.4% corresponde al sexo femenino (INMLCF, 2013).

En la adolescencia se generan importantes cambios en el sistema nervioso central y autónomo y otros componentes fisiológicos, los cuales cumplen un rol fundamental en la capacidad de regulación emocional, siendo el córtex prefrontal el que establece distintos patrones de activación asimétrica entre los dos hemisferios, asociados a experiencias emocionales particulares. Ya que una mayor activación en la parte frontal en el hemisferio izquierdo está asociada con conductas de acercamiento, experiencia de humor positivo y percepción de emociones positivas. Por otro lado, una mayor activación frontal del hemisferio derecho está relacionada con conductas de aislamiento, experiencia de emociones negativas y percepción de emociones negativas; que podrían explicar la dificultad que experimentan los adolescentes en el control de sus emociones, así como también otros rasgos de su comportamiento inestable. (Cassano et al., 2006). Por tal motivo algunos autores resaltan la importancia de las emociones en el desarrollo del bienestar psicológico, puesto que se ha demostrado que los altos niveles de regulación de estado de ánimo y buenas relaciones interpersonales se asocia con menor angustia emocional y presencia conductas disruptivas (Extremera, Duran & Rey, 2006). De este modo, se

infiere que la regulación emocional juega un papel preventivo o, en otras palabras, es un factor protector tanto para la ideación suicida como para los intentos suicidas (Colorado, 2012).

El papel de la amígdala en las respuestas emocionales se aproxima más al de una interfase en la que se integra información acerca del ambiente con las preceptivas respuestas emocionales (pudiendo procesar información en paralelo desde diversos canales). De este modo, la amígdala posee una amplia capacidad de influencia sobre gran variedad de procesos corticales que puede llevarse a cabo de varias maneras (McGaugh, 2004). Se ha evidenciado que adolescentes que tienen ideación e intentos suicidas procesan información emocional de manera distinta a otros individuos que gozan de un bienestar psicológico; llevando a presentar fallos en la percepción, que modula el pensamiento, y evaluación de la situación que permite el uso de estrategias adecuadas para expresar las emociones, según las circunstancias que se presenten (Extremera & Fernández, 2003) lo cual explica los intentos suicidas. Por tal motivo, es conveniente conocer la relación entre la ideación suicida y la manera cómo los adolescentes regulan sus emociones, cuyo resultado se ve reflejado en las conductas que emiten; ya que al regular sus estados emocionales le permite inhibir las conductas autodestructivas; para a mediano plazo, contribuir a la creación de programas que fortalezcan la regulación emocional a fin de prevenir las ideas suicidas.

Por otro lado, la presente investigación resulta relevante para la neurociencia afectiva en su acervo científico por indagar en la relación existente entre estas dos variables (ideación suicida y autorregulación emocional); y de esta manera, en contextos educativos, disminuir el riesgo social que afecta notablemente a la población implicada y a sus familias.

En definitiva, también resulta importante para la sociedad en general, debido a que los niños y adolescentes son el motor dinamizador que construye ciudadanía; requiriéndose para

ellos como eje central la preservación de la vida, y el bienestar físico y mental que se debe abordar desde una perspectiva biopsicosocial.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación existente entre la ideación suicida y la regulación emocional en adolescentes entre 15 y 17 años del Instituto Monsalve New Love del municipio de Soledad, Atlántico.

Objetivos Específicos

Identificar la presencia de ideación suicida en adolescentes.

Describir las características de la ideación suicida en adolescentes.

Identificar la presencia de inhibición emocional en adolescentes.

Describir el nivel de regulación emocional en adolescentes.

Establecer la relación existente entre la ideación suicida y la regulación emocional en adolescentes.

Hipótesis

Hipótesis de trabajo

Existe una relación significativa entre las variables de ideación suicida y regulación emocional en adolescentes entre 15 y 17 años del Instituto Monsalve New Love del municipio de Soledad, Atlántico.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre las variables de ideación suicida y regulación emocional en adolescentes entre 15 y 17 años del Instituto Monsalve New Love del municipio de Soledad, Atlántico.

Marco Teórico

Desde las definiciones clásicas se ha considerado que los estados emocionales surgen de procesos neurales que regulan la conducta instintiva del individuo, y especialmente en los procesos de aprendizaje tradicional; es decir, que las emociones no solo regulan la conducta, sino que también por medio del proceso neural guían y controlan los comportamientos a futuro (Panksepp, 1998).

Las emociones están compuestas por tres dimensiones: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo (Chóliz, 2005). En cuanto al sistema cognitivo, hace referencia al procesamiento de información, tanto a nivel consciente como inconsciente que influye explícita e implícitamente en la cognición y en la vivencia subjetiva de los acontecimientos del individuo (Kolb & Whishaw, 2006). Desde este punto de vista, las emociones pueden ser estudiadas a través de distintas mediciones, que permiten una construcción global de su significado, dando paso a los componentes más específicos y elementales como los sustratos neurales que las regulan. Las emociones pueden entonces, ser estudiadas por medio del curso temporal de la respuesta emocional y los mecanismos que se ponen en juego durante la regulación de las mismas (Davidson, Nitschk, Pizzagalli, & Putnam, 2002).

Una de las etapas donde el individuo aprende a regular sus emociones es la adolescencia, siendo ésta una etapa trascendental y crítica para el desarrollo humano, debido a la serie de cambios físicos, psicológicos e interpersonales que atraviesa. Además, asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2002). Los adolescentes, en esa búsqueda de su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables. Cuando los adolescentes reciben el

apoyo que requieren de los adultos, se acelera su desarrollo, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades y dispuestos a contribuir (UNICEF, 2002).

Se ha evidenciado que el adolescente en esa búsqueda y redefinición de su identidad atraviesa e interpreta las realidades juveniles de su entorno; y en ocasiones, manifiesta signos y síntomas tales como depresión, problemas académicos o de conducta en la escuela, descenso de las calificaciones, incapacidad para concentrarse e incluso un deseo persistente de evitar la escuela, entre otros desajustes (De la Villa & Sirvent, 2011). Dichos síntomas favorecen la presencia de malestar emocional en el adolescente, el cual puede desembocar en conductas de riesgo, como son: consumo de drogas, ideación, riesgo y suicidio consumado, o cualquier otra acción que compromete la integridad tanto física como psicológica del mismo (Casas, 2010).

Por su parte, según Así Vamos en Salud (2016), los suicidios tienen un peso importante dentro de la mortalidad por lesiones de causas externas en la región y aparecen como una de las primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes.

Conceptualización De Ideación Suicida

Definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define el suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados.

La conducta suicida es un fenómeno en el que influyen múltiples factores y en la que existen tres fases: en primera instancia, se encuentra la idea suicida en la que el individuo piensa cometer suicidio. La segunda fase, es la duda o fase de ambivalencia donde el sujeto pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Esta fase

suele ser variable en la duración, y en los individuos impulsivos, puede ser breve o no existir. La última fase, es la decisión en la que el individuo pasa a la acción o al intento de suicidio (García de Jalón & Peralta, 2002).

Algunas teorías sobre el tema expresan que el suicidio consumado tiene sus inicios en la presencia de ideas o pensamientos relacionados con quitarse la vida. Esto conlleva a pensar que el estudio de la conducta suicida hace necesario considerar la ideación suicida (Pérez, Uribe, Vianchá, Bahamón, Verdugo, & Ochoa, 2013), pues la ideación suicida se define como los “deseos y planes para cometer suicidio sin haber realizado un intento de suicidio recientemente” (Beck, Kovacs & Weissman, 1979. p. 344). También, se define como una serie de procesos cognitivos que realiza el sujeto que incluyen pensamientos fugaces sobre el no querer vivir, con fantasías autodestructivas y planes para llegar a la muerte (Goldney, Winefield, Tiggemann, Winefield, & Smith, 1989).

Por otro lado, Gould, Greenberg, Shafer & Velting (2003) definieron la ideación suicida como todo aquel deseo de muerte, preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, o cualquier otra acción que compromete la integridad tanto física como psicológica del adolescente. Este pensamiento disfuncional, que repercute de manera negativa en el adolescente, hace que este llegue a realizar intentos suicidas y culminar en algunos de los casos, con el suicidio consumado.

Factores de riesgo y protectores del suicidio

El suicidio es el resultado de la combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, entre otros; convirtiéndose éstos mismos en factores de riesgo del suicidio (Mosquera, 2016).

La OMS (2014) considera que las tasas de suicidio corresponden al producto de dos factores: las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida y las circunstancias externas como falta de oportunidades, de no ser escuchado, percibido, entendido, atendido y amado. Además, las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio.

Mosquera (2016), en una revisión de literatura encontró que existe una larga lista de factores de riesgo más generales, los cuales se dividen en factores familiares y contextuales y factores de riesgo individuales. Dentro de estos últimos, se puede encontrar factores de riesgo psicológicos, cognitivos y psiquiátricos, identificados como precipitantes de una conducta suicida

Factores de riesgo familiar y contextual. Estos suelen afectar de manera directa y determinante al adolescente. Éstos son: bajo estatus económico, maltrato físico o abuso sexual, falta de apoyo social, bajo nivel educativo de los padres, baja calidad de vida, disfunción familiar, psicopatología de los padres, antecedentes familiares de conducta suicida o trastornos, acontecimientos vitales estresantes, frecuentes mudanzas/ cambios residencia , relaciones pobres/deficitarias con iguales, acoso iguales (bullying/ciberbullying), adopción, exposición (contagio suicida), dificultades sentimentales, amplia cobertura sobre el suicidio en periódicos y televisión, familias monoparentales, pobre o mala comunicación entre padres e hijos, vivir apartado de los padres (Mosquera, 2016).

Factores de riesgo individuales. Los factores de riesgo individuales se pueden clasificar en varias dimensiones, teniendo en cuenta que estas influyen en la conducta del adolescente.

En cuanto a los factores demográficos, encontramos los siguientes:

Género. Partiendo de los datos proporcionados de la OMS se considera que el género es un factor de riesgo en el suicidio, puesto que actualmente en nuestro país la presencia de suicidio en hombres es cinco veces mayor que los casos presentados en mujeres (Cifuentes, 2013).

Edad. Las tasas de suicidio aumentan con la edad, por lo cual también se considera un factor determinante en el suicidio (González, Mejía & Sanhueza, 2011), siendo los hombres entre los 18 y 24 años de edad y los menores de 15 años los más vulnerables (INMLCF, 2016).

Educación. El nivel educativo de los suicidas en Colombia históricamente es más frecuente entre la población con bajos niveles de educación, ya que predominan los casos presentados de suicidio, sobre las muertes autoinfligidas en personas con formación universitaria (7,49%). Más de la mitad (56,21%) de las víctimas solo cursaron educación preescolar y básica primaria.

Estado Civil. el suicidio predominó en personas que no tenían establecida vida marital (57,18%), la mayoría de las cuales estaban en condición de soltería (INMLCF, 2016).

Nivel Socioeconómico. las causas económicas como motivo para quitarse la vida, constituyen un detonante del intento suicida, entre éstas se encuentran: el desempleo, endeudamiento, y cambios en el estilo de vida, entre otros estresores. Además, contribuye a la aparición de depresión y ansiedad que precipitan a los hombres a quitarse la vida (INMLCF, 2016).

Lugar de Residencia. los intentos de suicidio varían de acuerdo al lugar de ocurrencia, encontrando mayor incidencia en zonas urbanas que rurales, aunque el lugar más escogido para

este tipo de muertes son lugares que proporcionen intimidad, como por ejemplo, la vivienda (INMLCF, 2016).

Estado cognitivo y psicológico. Durante la adolescencia se observa un incremento de la impulsividad, la cual se encuentra relacionada con el umbral para actuar sobre pensamientos suicidas y así mismo existe un sustrato común en correlatos neurobiológicos similares entre actos suicidas y agresión impulsiva (Riediger & Klipker, 2014). Otros factores que hacen parte de este estado son el perfeccionismo socialmente prescrito, pensamientos e ideas suicidas, auto rechazo del cuerpo, apego inseguro, déficit de habilidades de resolución de problemas, falta de restricciones religiosas o morales contra el suicidio, agresividad, desesperanza, hostilidad, baja autoestima, sentimientos de fracaso, inhibición emocional, estrés agudo, dolor psicológico, déficit de la función ejecutiva y bajo nivel de competencia (Mosquera, 2016).

Presencia de trastornos psiquiátricos. Se ha demostrado que los trastornos psiquiátricos contribuyen en un 47.74% al riesgo de suicidio de la población, puesto que están presentes alrededor del 90% de los suicidas (González, Mejía & Sanhueza, 2011). Entre éstos, se encuentra el trastorno bipolar, trastorno de personalidad, conducta alimentaria, trastorno de Déficit de atención por hiperactividad, enfermedades físicas incapacitantes, terminales o dolorosas, depresión, abuso de sustancias (alcohol y drogas), esquizofrenia, trastornos de ansiedad, problemas de sueño, síndromes orgánicos cerebrales y distimia (Mosquera, 2016).

Lo anterior es confirmado por estudios de Frances, Franklin & Flavin (1987), quienes indican que la probabilidad de suicidio en pacientes con trastorno por abuso de sustancias es cuatro veces mayor que en la población general; encontrando altos índices en personas con alcoholismo. Entre el 30 y el 40% de las personas que padecen un trastorno por consumo de alcohol presentan síntomas que justificarían el diagnóstico de trastorno depresivo en algún

momento de su vida; y hasta dos tercios de los alcohólicos que se suicidan padecían algún tipo de trastorno depresivo (Bobes, Sáiz, García-Portilla & Bascarán, Bousoño, 2004). También es importante resaltar que uno de los predictores más importante de conducta suicida, son los intentos de suicidio previos (González, Mejía & Sanhueza, 2011).

Factores protectores del suicidio.

Existen una serie de factores protectores que, sirven para la prevención de la conducta suicida. Dentro de ellos, podrían dividirse entre factores personales y sociales o medioambientales.

En cuanto a los primeros, se caracterizan por la habilidad que posee el adolescente para resolución de conflictos, autocontrol emocional, locus de control interno, autorregulación y flexibilidad cognitiva, autoconfianza, habilidades para formar razones para vivir y la habilidad para mantener las relaciones interpersonales. En cuanto al grupo de los factores sociales, éste es conformado por la existencia de apoyo familiar y social, la posesión de valores y creencias espirituales y la integración social (Mosquera, 2016).

En ese orden de ideas, para comprender la complejidad del suicidio y el impacto que éste genera en los sectores de salud, economía, educación y social en general, éste requiere ser abordado desde diferentes enfoques; donde se hace indispensable, tener en cuenta su relación con todas las facetas de la vida personal, familiar, escolar, laboral y social del suicida; además de tener presente los contextos en los cuales se ejecuta: rural, urbano, local y regional; pues esta manera de muerte es un fenómeno complejo, en cuya etiología influyen factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales (INMLCF, 2016).

Por su parte, Beautrais, Fergusson, & Horwood (2003) informaron que al menos un tercio de los participantes que tenían ideación suicida informaron antecedentes de por lo menos un

intento suicida. Lo que denota la relación entre ideación suicida e intentos suicidas permitiendo un mejor conocimiento de los factores asociados con la ideación suicida en los adolescentes, puede llevar a una mejor detección y reconocimiento temprano de los pacientes potencialmente suicidas y, de esta manera, iniciar medidas de prevención de conducta suicida (Arenas, Castro, De la Espriella, Gil, Gómez, Miranda, Pinto & Uribe, 2013).

Teorías de la ideación suicida

Una de las características de la ideación suicida es la depresión, tal como lo afirman Fernández & Merino (2001), mencionando que la depresión es un factor predictor que influye en la aparición de ideas suicidas, siendo el principal síntoma y consecuencia de la presencia de la ideación suicida.

La depresión se define como una reacción con signos de tristeza, disgusto, desilusión, disminución en la capacidad de complacerse, déficit atencional, falta de concentración e ideas de inferioridad (OMS, 2016). Las personas en ocasiones llegan a sentirse así, lo cual es común; pero cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo se denomina episodio depresivo mayor (Berger, 2017).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los problemas mentales (DSM-V) define la depresión mayor como un conjunto de síntomas persistentes durante dos semanas, tales como: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, anhedonia, sentimientos de inutilidad y culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad de pensar y decidir y pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2013).

Según Duarté & Rosselló (1999), la ideación suicida se determina por la presencia de pensamientos disfuncionales. Beck, Emery, Rush & Shaw (1979), plantearon desde una perspectiva clínica cognitivo-conductual, que un estilo atribucional depresivo, es decir, que el sujeto atribuya una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos, son factores que determinan la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida; afirmando que las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos.

En este orden de ideas, se hace imprescindible tener en cuenta los aportes realizados por Beck et al.(1979), los cuales plantearon un modelo cognitivo de depresión que aún es predominante. Este modelo explicativo de la depresión percibe la ideación suicida como una expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema irresoluble o una situación insoportable (Beck & Rush, 1978). Este modelo consta de tres elementos: el primero es la triada cognitiva, la cual se caracteriza por pensamientos automáticos y actitudes del sujeto deprimido acerca de la visión del mundo, del futuro y de sí mismo. El segundo es el de los esquemas negativos, que resultan del aprendizaje de experiencias tempranas que representan las generalizaciones por medio de patrones de pensamientos estables y duraderos; y por último, las distorsiones cognitivas que son el pensamiento perturbado de la depresión. Estas son consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que llega del medio circundante. Todas estas cogniciones negativas se activan cuando el adolescente se enfrenta a estresores con los que no puede lidiar efectivamente. Se ha demostrado en diversos estudios, la relación de la depresión con la ideación suicida en adolescentes (González, Ramos, Caballero & Wagner, 2003; Rosselló & Berríos, 2004; Amézquita, González & Zuluaga, 2008; Pérez-

Amezcu, Rivera-Rivera, Atienzo, Leyva-López & Chávez-Ayala, 2010; Duarte, Lorenzo & Rosselló, 2012).

La depresión es un factor determinante en hombres y mujeres que cometen suicidio. Se infiere que es el factor de riesgo más importante en las mujeres, y se observa que los trastornos depresivos están presentes en el 49% de las mujeres y 64% de los hombres adolescentes que se suicidan. Para los hombres, el abuso de sustancias y los trastornos de conducta también son factores determinantes en los intentos de suicidio (Rosselló, Duarté-Vélez, Bernal, & Zuluaga, 2011).

El modelo explicativo de depresión de Beck, guarda una estrecha relación con el modelo ABC (Acontecimientos activadores: creencias racionales e irracionales, de sus iniciales en inglés *Beliefs*; y Consecuencias) postulado por Ellis (Navas, 1981), quien afirma que en los seres humanos existe la tendencia a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre las experiencias a lo largo de la vida, de tal modo que, si la percepción e interpretación que hace una persona de un acontecimiento es errónea, la experiencia emocional puede resultar del todo inapropiada. Es decir que los hechos externos influyen sobre nuestras emociones, mas no son la causa. Este modelo se puede relacionar con los intentos suicidas, si bien, primero se presenta una situación que genera malestar, luego un pensamiento que desencadena una emoción negativa, y posteriormente la conducta que sería el acto suicida; esa emoción debe ser regulada para que el adolescente responda de forma adaptativa ante la situación que le genera malestar.

En cuanto a influencia bioquímica del funcionamiento serotoninérgico en la interacción del individuo ante factores estresantes, existen una serie de modelos biológicos que permiten conocer las características psicopatológicas de la conducta impulsiva que influyen en la realización de la conducta suicida ante situaciones ambientales ansiógenas (Gil, 2012).Uno de

estos modelos es el de Turecki (2005) en el cual expone la relación entre los factores de riesgo de suicidio y la depresión mayor, haciendo hincapié en la función mediadora de las conductas impulsivas y violentas.

El autor también estima que el suicidio es posiblemente la consecuencia de la interacción de diferentes factores. Básicamente, los factores que han sido continuamente ligados al suicidio son la historia anticipada de intentos de suicidio, variables socio demográficas como el sexo y el estado civil, sintomatología clínica, aspectos relacionados con el apoyo social, apoyo médico y psiquiátrico. Es necesario indicar que estos factores de riesgo en el suicidio anteriormente mencionados, no ayudan en la detección clínica del suicidio (Turecki, 2005).

Turecki (2005) considera importante la predisposición biológica del funcionamiento serotoninérgico, destacada anteriormente por varios autores (Roy, Rylander & Sarchiapone, 1997; Mann, 2003), de manera que la relación existente entre dicha predisposición y el suicidio es indirecta, ya que parece estar mediada y moderada por una serie de factores. Entre las variables clínicas y demográficas antes mencionadas, cabe resaltar que tiene mucha relevancia la experiencia de abusos sexual y físico en los primeros años de vida (Ystgaard, Hestetun, Loeb & Mehlum, 2004), la conducta relacionada a rasgos de personalidad (Duberstein & Witte, 2009) y la exposición a ciertas situaciones estresantes (Cooper, Appleby & Amos, 2002).

tecnológicos de genética molecular, han permitido estudiar hasta qué punto existe un déficit funcional en el sistema serotoninérgico. Por lo cual, se han examinado varios genes, que están implicados en la predisposición de la conducta suicida; los cuales son: el gen implicado en la codificación de la enzima que sintetiza la serotonina (Triptófano hidroxilasa, TPH), el gen responsable de la síntesis del transportador de serotonina (5-HTT) y el gen que codifica la enzima encargada de la degradación de la serotonina (monoamino oxidasa A, MAOA). Así, el TPH1 se relaciona con la conducta suicida a manera general, el 5-HTT se asocia con violencia e intentos de suicidio repetitivos y la MAOA se asocia con un cambio en el fenotipo suicida que deja como resultado a actuar de forma agresiva. Es posible que estos genes se relacionen entre sí e interactúen a su vez con factores ambientales tempranos y que pueda llevar a diferentes respuestas fenotípicas (Buresi, et al, 2005). Acompañado con gran cantidad de evidencias clínicas, biológicas y terapéuticas, los descubrimientos en la genética implican que el suicidio pueda establecer una entidad autónoma dentro de la nosología psiquiátrica (Baca, Giner & Oquendo, 2008).

Dentro de los modelos neurobiológicos, se destacan el modelo bioquímico de cuatro vías y el modelo estrés-diátesis del suicidio. El primero es, desarrollado por Busch, Fawcett, Fogg, Jacobs & Kravitz (1997) en el que plantean que el suicidio surge de un estado de desesperanza y desolación y es impulsado por el deseo de escape; de tal manera que la depresión es integrada por la desesperanza, mientras que la ansiedad constituye el componente principal de la desolación. Estas dos condiciones se consideran que constituyen el origen de la conducta suicida.

Estos autores aseguran que la conducta suicida está definida por dos tipos de factores de riesgo en condición de la duración de su acción: uno de carácter agudo o a corto plazo que varía desde horas hasta un año, que puede ser caracterizado por el grado de ansiedad del sujeto,

anhedonia, insomnio, falta de concentración, la presencia de crisis de pánico o el abuso moderado de alcohol, entre otros; y el otro factor de carácter crónico o a largo plazo, posterior a un intento de suicidio y que puede variar entre 2 y 5 años de seguimiento, caracterizado por la presencia de ideas suicidas, intentos previos, desesperanza o abuso de sustancias. Todos estos factores de riesgo tienen una estrecha relación con la presencia de suicidios a largo plazo. Estos dos factores producen la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) en la vía aguda, y disfunción del sistema serotoninérgico en la vía crónica que, junto con estados de anhedonia y rasgos de desesperanza, provocan la conducta suicida. Por otro lado, la hipofunción serotoninérgica, que actúa como una vía de rasgo o de estado, determina la impulsividad de la conducta suicida (Busch, et al., 1997).

A su vez, Mann (1999) en su modelo estrés-diátesis del suicidio concibe la conducta suicida como el resultado de la interacción entre el estrés ambiental, la predisposición y la vulnerabilidad al suicidio (diátesis). Para este modelo, el aspecto genético cobra una particular relevancia, pero este no es el único factor que determina la conducta suicida; sino también la tendencia a experimentar una mayor ideación suicida y a responder impulsivamente generando una mayor probabilidad a cometer suicidio.

La perspectiva cognitivo-conductual, plantea que la ideación suicida hace referencia a los pensamientos acerca de la falta de valor por la vida, generando una tentativa de autoagresión. Desde este enfoque, el sujeto tiende a ignorar las posibles soluciones, aumentando la probabilidad de suicidio a causa de algún evento estresante que genera ciertas emociones de frustración o rechazo (Jiménez, Mingote, Osorio & Palomo, 2004).

La conducta suicida también puede explicarse como un proceso, que inicia con la ideación suicida, ideaciones suicidas crónicas, amenazas suicidas, gestos suicidas, estilo de vida

arriesgado, plan suicida vago, plan suicida específico y letal e intento suicida serio de alta letalidad.

Por tal motivo Beck, Rush, Shaw & Emery (1979), afirman que un estilo de atribución depresivo o negativo sobre las situaciones adversas (perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre sí mismo) es un factor predictor de aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida. Este modelo cognitivo de depresión explica el proceso de los pensamientos disfuncionales como el resultado de una alteración en el procesamiento de la información fruto de la activación de esquemas latentes que influyen en la percepción del mundo (interno y externo a nosotros mismos); siendo esto lo que determina las emociones y conductas del sujeto con trastornos del estado de ánimo.

Con la aplicación de este modelo, se puede identificar modelos vitales estresantes, esquemas básicos, pensamientos automáticos distorsionados y desajuste emocional o de conducta.

Para fines de la presente investigación, se ha tomado el modelo explicativo de depresión de Beck, partiendo de la premisa que la ideación suicida es determinada por la depresión y la presencia de pensamientos disfuncionales (Duarté Rosselló, 1999; Fernández & Merino, 2001), ya que se ha encontrado presencia de trastornos depresivos en el 50% de los adolescentes que se suicidan (Gómez, Rodríguez, Bohórquez, Diazgranados, Ospina & Fernández, 2002).

Fundamentos neurobiológicos de la ideación suicida

A mediados de los años 1960 surgió el concepto de suicidio como un factor neurobiológico que da explicación a las causas de suicidio. Según esta concepción existen variables individuales estables o generales (marcadores de rasgo) en todos los sujetos suicidas

que predisponen a sufrir ciertos trastornos en contraposición con aquellas teorías que sustentan el suicidio por sucesos eventuales (marcadores de estado) como desencadenantes de esta conducta (Arango & Mann, 1992).

Las ciencias del comportamiento humano han estudiado la problemática del suicidio, de manera que las manifestaciones en las personas con conductas suicidas está estrechamente relacionado con el declive de los niveles de serotonina (5-HT), lo cual ha sido demostrado por diversas investigaciones por medio de estudios hechos después de la muerte de personas que presentaban estas conductas, también encontramos el ácido hidroxindolacético (5-HIAA) el cual es el conductor responsable de este neurotransmisor, donde las acumulaciones del líquido cefalorraquídeo se relacionan con los comportamientos agresivos o violentos de un individuo, mostrando ya sea un alto o bajo nivel de serotonina en los sujetos (Bachus, Egan, Herman, Hyde & Kleiman, 1997).

La disminución de los niveles del ácido (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo es muy común encontrarla en individuos que presenten cuadros depresivos y con intentos de suicidio de forma violenta Bronisch & Brunner (1999) mencionaron que este bajo nivel se apoya en una carencia pre sináptica serotoninérgica compensatoria, en respuesta a una regulación de los receptores pos-sinápticos de la corteza pre frontal, considerando que el tejido cerebral en estudios post mortem han facilitado la identificación del alto nivel de densidad de los receptores serotoninérgicos del sub tipo (5-HT_{1A}), en la corteza prefrontal y un debilitamiento del transportador serotoninérgico en esta misma región.

Debido a las variaciones que se presentan a nivel biológico del suicidio se ha encontrado que la presencia de alteraciones en la neurotransmisión no solo interviene la serotonina y sus receptores, sino que también actúan la noradrenalina y la dopamina; sin embargo, la corteza pre

frontal, el hipocampo, el hipotálamo y el tallo cerebral, también sufren este bajo nivel de neurotransmisores. Además, son los responsables de controlar los aspectos cognoscitivos y comportamental de los individuos (González, Gracia y Montes de Oca & Rodríguez, 1990). Así mismo, al mostrar daño en los lóbulos cerebrales se genera inhibición del comportamiento y se incrementan los impulsos, los cuales mantienen un vínculo con las tentativas de suicidio.

las bases neurobiológicas del suicidio y la tentativa de suicidio están ligadas a ciertas áreas de la corteza prefrontal y el hipocampo, las cuales se relacionan con el estrés la regulación de la emoción y las funciones cognitivas, de manera que cuando en el hipocampo, se presenta un déficit puede llegar a alterar la toma de decisiones, causando la presencia de la ideación suicida (Gutiérrez-García, & Contreras, 2008).

En pacientes con conductas suicidas y suicidio consumado, se identificó anomalías en el sistema serotoninérgico y sistema endocrino, en los cuales participan moléculas como las neurotrofinas y el eje hipotalámico pituitario, responsables de la regulación hormonal y las conexiones entre las áreas del cerebro (Pandey, 2013).

Luria (como se citó en Lázaro, 2006), establece la primera unidad funcional, en la cual el cerebro realiza una programación, regulación y verificación de la actividad, la cual es de gran importancia para el funcionamiento emocional (miedo, cólera, ansiedad) y cognitivo (memoria, atención, procesamiento de estímulos, etc.); si se muestran déficit en esta unidad funcional o las áreas que la componen, se pueden generar modificaciones en la personalidad y en la conducta.

La regulación de las emociones, las conductas afectivas y sociales y la toma de decisiones enfocada en los estados afectivos del individuo, están bajo la participación de la corteza orbitofrontal; por lo cual, las alteraciones en aspectos emocionales generan modificaciones

conductuales, como la agresividad, debido a la irritabilidad e impulsividad que distorsionan la consecuencia de los actos realizados; aunque las alteraciones de la respuesta emocional varía en cada sujeto, en algunos se presenta depresión e importante pérdida de iniciativa. La corteza fronto-medial es la encargada de procesos como la inhibición, detección, solución de conflictos, la regulación y el esfuerzo atencional, codificando las conductas agresivas por medio de la integración de los estados inhibitorios y excitatorios (Lázaro, 2006). Por lo anterior, se infiere que la alteración de la respuesta emocional regulada por la corteza orbitofrontal, se relaciona con el suicidio puesto que los cambios que se presentan por medio de las conexiones que el cerebro realiza y los niveles de alteración que muestran en los neurotransmisores que intervienen en el procesamiento de las emociones propicia la aparición de conducta impulsivas, como la tentativa de suicidio.

En un estudio realizado por Delgado & Moreno (1999) se evidenció que existe una relación entre la serotonina y la corteza prefrontal, donde se explica la activación de la dopamina y norepinefrina cuando el organismo se enfrenta a situaciones amenazantes.

Conceptualización de Regulación Emocional

Antes de definir la regulación emocional, se hace necesario entender el significado de las emociones, la cuales hacen referencia a un conjunto de estados psicológicos que incluyen la experiencia subjetiva, la conducta expresiva (expresiones faciales, corporales y verbales), y las respuestas fisiológicas periféricas (ritmo cardíaco, respiración, etc.) (Feldman & Gross, 2011).

Las emociones son un estado complejo del organismo, producidas por una excitación o perturbación que predisponen a la acción. Estas se generan como respuesta a acontecimientos internos o externos (Bisquerra, 2009).

Pero, de otro lado, las emociones también actúan como fuente motivacional para el comportamiento y cognición humana. Para Gross (1999), las emociones son parte esencial del funcionamiento cognitivo humano; las cuales motivan al cambio cuando es necesario, facilitan el aprendizaje, proporcionan información sobre la necesidad de lucha o huida y favorecen las relaciones sociales.

Considerando las distintas conceptualizaciones que se le ha otorgado a las emociones, se evidencia que la emoción se encuentra sobre la base de dos dimensiones, la activación emocional que puede ser alta o baja y la valencia que hace referencia a lo agradable y desagradable. Desde el Modelo Circumplejo o Dimensional las emociones están agrupadas en emociones negativas de alta activación como lo es la ansiedad, emociones positivas de alta activación aquí se encuentra el entusiasmo, las emociones negativas de alta activación como por ejemplo la depresión y por ultimo las emociones positivas de baja activación como lo es el confort (Castellanos, Spontón, Medrano, Cifre & Maffer, 2013)

Los orígenes del estudio de las emociones los podemos encontrar en la filosofía o la religión, siendo de creciente interés a lo largo de la historia de la Psicología. En las últimas décadas, el estudio de la emoción se ha ido enfocando en el abordaje de sus dimensiones en el estrés y el afrontamiento, las defensas, el apego y la autorregulación. A pesar de que ha sido un tema estudiado con bastante antigüedad aún se halla confusión sobre la naturaleza de los procesos que regulan las emociones, y esto se debe que son muchas y distintas las definiciones que se les ha otorgado; caracterizándose como entidades que necesitan regulación (Gross & Feldman, 2011).

La regulación emocional hace alusión a la intención y capacidad de modificar los componentes de la experiencia emocional teniendo en cuenta su frecuencia, forma, duración e

intensidad (Thompson, 1994). Por otro lado, Gross (1998) define la regulación emocional como “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1998, p. 275).

En cuanto a la autorregulación, se define como la habilidad que puede tener una persona para identificar las respuestas de advertencias ante las dificultades, y de esta manera poder actuar, buscando disminuir los niveles de estrés, tensión, ansiedad o dolor; y de esta manera, garantizar su bienestar (Rovira, 2010).

Factores que Influyen en la Regulación de las Emociones

Existen una serie de factores que influyen la manera en que cada individuo regula sus emociones, lo cuales interactúan entre sí en todo el desarrollo y van perfilando la adultez (Cassano, Perry-Parrish, Stegall, & Zeman, 2006).

Dentro de estos factores, se encuentran los biológicos, los cuales hacen alusión al temperamento como aquellas diferencias constitutivas en la reactividad y autorregulación (Rothbart, 1991), el temperamento afecta tanto la intensidad de la emoción que experimenta el individuo como la estrategia de autorregulación elegida (Ato, Carranza & González, 2004).

Otro factor que juega un papel importante en la regulación de las emociones, es la reactividad de la amígdala, que participa en el monitoreo y el cese del arousal de la emoción, en mayor o menor grado (Silva, 2005).

En cuanto a los factores ambientales, el contexto sociocultural determina las diferentes formas de respuesta de los sujetos ante las experiencias emocionales puesto que es quien regula

los valores morales intervinientes (Gross y Thompson, 2007; Kendall & Southam, 2002). En este mismo orden de ideas, los padres cumplen una función primordial al transferir de manera directa o indirecta al niño diversas estrategias de regulación emocional, por medio de las pautas de crianza y el vínculo del apego que facilita el desarrollo de la autonomía en el niño (Kovacs, Oland, Silk, Shaw & Skuban 2006).

Otro factor de gran influencia en cuanto a la regulación de las emociones, es la edad del individuo. Durante los primeros años de nuestra vida, existe una mayor dependencia de otras personas, que representa un gran impacto en la regulación de las emociones. Conforme el sujeto va madurando, va adquiriendo la habilidad y la capacidad para autorregularse con el uso de diferentes estrategias de autorregulación, como lo es la independencia emocional (Cole & Kaslow, 1988). Del mismo modo, Dodge y Garber (1991) señalaron que, a lo largo del desarrollo, hay una transferencia que proporciona el cuidador ya que es el control inicial que permite un mejor funcionamiento fisiológico e integración psicológica que ayuda significativamente a la adaptación social (Gross & Muñoz, 1995).

El género también se considera un factor comprometido en la regulación emocional, el cual está estrechamente asociado con factores biológicos y culturales. Junto con la edad, el estudio del género resulta importante porque establece patrones normativos que ayudan a comprender la función de la regulación emocional, ya que, por medio de estas estrategias, los sujetos controlan sus pensamientos y sentimientos que repercuten de manera determinante en el bienestar psicológico o en la patología que padezca el sujeto (Hoyle, 2010). Así se puede decir que el individuo regula sus emociones de acuerdo al sexo, encontrando hallazgos que señalan

que, en el caso de las niñas, existe mayor control frente al desarrollo de la depresión y de desórdenes conductuales (Kendall & Southam, 2002) frente a los niños.

Teorías de Regulación Emocional

Para Gross & Thompson (2007), la regulación emocional es vista como un proceso. Por ello diseñaron un modelo procesual de regulación emocional basado en la retroalimentación de cuatro elementos.

En primer lugar, se encuentra la *situación relevante* en la que cada persona, a nivel general, se encuentra expuesta a una variedad de situaciones, eventos ambientales y/o representaciones internas que se dan a nivel mental. En una segunda instancia esta la *atención*, que hace referencia a los elementos significativos que el sujeto selecciona, de manera que dependiendo la relevancia de la situación que se le presente a la persona realizara una *evaluación* la cual compete al tercer elemento del modelo de la emoción, debido a que se produce la *respuesta emocional* en donde a causa de la retroalimentación, cambia la situación relevante, dependiendo la respuesta emocional emitida de la cual surgen los procesos de autorregulación y solo será posible si está identificado lo que se desea regular (Gross & Thompson, 2007).

Gross y John (2003) postularon los mecanismos de reevaluación cognitiva y supresión, los cuales están vinculados a aspectos experienciales del sujeto. La reevaluación cognitiva hace referencia a una modificación estratégica de una experiencia emocional desagradable que es transformada en una provechosa. Este cambio se da justo antes que la evaluación arroje un resultado. En cuanto a la supresión, tiene como función generar conductas evitativas, es decir, la persona inhibe la expresión emocional.

A partir de los elementos de reevaluación cognitiva, supresión emocional y de los cambios que estos producen que ayudan a la comprensión de la autorregulación emocional, Gross & Thompson (2007), plantean los siguientes niveles que componen la experiencia emocional:

1. Modificación de la selección: la emoción puede regularse con la modificación o cohibición de la situación en el proceso de selección de los elementos significativos.
2. Modificación de la atención: aquí se puede regular la emoción, puesto que, en este elemento no se originan emociones negativas.
3. Modificación de la evaluación: se realiza un cambio cognitivo de la valoración de los elementos significativos de la situación.
4. Modificación de respuesta: se puede regular la emoción por medio de la supresión completa de la respuesta.

Un elemento importante en la regulación emocional es el conocimiento de las experiencias y las situaciones en la que aparecen las emociones tanto positivas como negativas, ya que al tener un autorreconocimiento emocional ayuda a evitar experiencias emocionales negativas, anticipando las circunstancias que ofrece una experiencia positiva. Sin embargo, muchas veces no es posible inferir el impacto de las experiencias emocionales, porque podría existir algún compromiso en los recursos cognitivos que determinan la autorregulación (Wranik, Barret & Salovey, 2007).

El modelo homeostático de Forgas (2000) sustenta que la regulación emocional se maneja por medio de procesos homeostáticos, de tal manera que el estado de ánimo de una persona oscilaría alrededor de un mismo punto, activándose los mecanismos que regulan la emoción cuando el estado del ánimo se distancia de éste (Bower & Forgas 2001).

De igual forma, el aspecto más destacado de este postulado es que considera que, en muchas ocasiones, el estado de ánimo es regulado a través de procesos automáticos y espontáneos (Forgas 2000; Bower & Forgas, 2001). En este orden de ideas, otros autores también hablan de procesos inconscientes donde interviene la regulación emocional, y de lo importante que es el poder comprender los fenómenos que actúan en la desregulación del estado de ánimo (Gross, 1999).

La propuesta de Forgas (2000) de un modelo de regulación emocional espontáneo nace de la elaboración de un modelo previo llamado Infusión del Afecto (MIA) para identificar los efectos que se ejercen en los estados de ánimo positivo y negativo y los procesos sociales y cognitivos. En este modelo el autor propone que las acciones demandan un procesamiento constructivo y amplio más susceptible a los efectos del estado emocional, lo que se denominó procesamiento ordinario. Este autor además habló de otro tipo de procesamientos que es el motivador, que se caracteriza esencialmente por ser incongruente con el estado de ánimo y lo que busca es contrarrestarlo (Forgas, 1995).

De acuerdo con lo anterior se infiere que estos procesos se activan de manera espontánea, regulando de forma automatizada, interactuando y complementando, según las necesidades de cada situación que se presente en la vida diaria (Forgas, 2000; Forgas & Ciarrochi, 2002)

En síntesis, ambos modelos teóricos presentan características y aspectos que se complementan, siendo esta última aproximación la que mejor sustenta los procesos de regulación de tipo-cognitivo, específicamente los automáticos. Por el contrario, la regulación de tipo conductual se ajusta a un modelo más general de regulación afectiva que plantea Larsen (2000).

Erber, Therriault & Wegner (1996) desarrollaron un modelo de regulación de estado de ánimo basado en la adaptación social, en el que explican que la regulación del estado de ánimo se activa con el objetivo de adaptarse a la situación social de cada momento.

Los autores se centran en el hecho de que las personas regulan su estado emocional basándose en una motivación, sin embargo, en ciertas situaciones sociales puede ser más adecuado regular estados de ánimos positivos siendo compartidas o expresadas por otros (Nils, 2004).

Erber (1996), en su modelo basado en la adaptación social, plantea que los estados de ánimo deseados pueden no ser completamente estables ya que, están regidos por factores del contexto social que varían condicionalmente por las situaciones que se presenten. Esto lleva a pensar que el aumento del estado de ánimo positivo en contextos sociales; sería un punto clave para la compleja tarea de aumentar los niveles de felicidad de los individuos y de los grupos (Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005).

Por otro lado, en el modelo cibernético de Larsen (2000) de regulación del estado de ánimo; implica que se activen ciertos mecanismos de control, considerando a las conductas de regulación como conductas de autocontrol.

Lo que propone Larsen (2000) con este modelo es la aplicación de un modelo general de control cibernético, el cual incluye el estado de ánimo de referencia que se desea lograr, el proceso inicia cuando se activa el comparador y detecta alguna diferencia entre el estado deseado y el percibido. Y así reducir el desacuerdo creado entre el estado de ánimo actual y dicho estado de ánimo deseado (feedback negativo), dando como respuesta la activación de mecanismos de regulación emocional hacia el exterior (búsqueda de soluciones frente a un conflicto, realizar un cambio de actividad), o hacia el interior (distracción, comparación social). Sin embargo, algunos

mecanismos tienden actuar de manera automática, por ejemplo, la reacción afectiva que se emite frente a ciertos estímulos, por lo general se plantea un modelo de autorregulación enfatizado en el control de los procesos, mientras que otros modelos se centran mucho más en los aspectos de la regulación de la emoción. Este modelo se caracteriza por la consideración de las diferencias individuales que afectan los elementos del modelo pueden ayudar en diferentes formas al éxito o al fracaso de los procesos de regulación (Larsen, 2000).

Para fines de la presente investigación, se ha tomado el modelo procesual de Gross & Thompson (2007), ya que provee una explicación del proceso de la regulación emocional centrado en los antecedentes de la emoción, y la regulación centrado en la respuesta emocional por medio del uso de las estrategias supresión y reevaluación, las cuales son mecanismos que están vinculados a aspectos experienciales del sujeto (Hervás & Vázquez, 2006).

Se considera un modelo pertinente para buscar una relación existente entre la ideación suicida y la falta de regulación emocional en los adolescentes; ya que este modelo permite entender el proceso y cada uno de los elementos que participan en la experiencia emocional, y que, por medio de la modificación estratégica de algunos de sus elementos, da como resultado la regulación de las emociones. Este proceso ayuda a entender por medio de la respuesta emocional, los pensamientos que se generan a partir de la experiencia afectiva

Fundamentos neurobiológicos de la regulación emocional

El sistema nervioso central, sistema nervioso autónomo y componentes fisiológicos, cumplen un rol fundamental en la capacidad de regulación emocional; los cuales determinan si se provoca una emoción, qué tipo de emoción es experimentada, la intensidad, la duración de la experiencia afectiva y si un individuo puede ejercer control sobre sus comportamientos emocionales (Zeman, Cassano, Perry & Stegall 2006).

El córtex prefrontal, desempeña un papel fundamental en la regulación emocional, estableciendo distintos patrones de activación asimétrica entre los dos hemisferios, asociados a experiencias emocionales particulares. Una mayor activación en la parte frontal en el hemisferio izquierdo está asociada con conductas de acercamiento, experiencia de humor positivo y percepción de emociones positivas. Por otro lado, una mayor activación frontal del hemisferio derecho está relacionada con conductas de aislamiento, experiencia de emociones negativas y percepción de emociones negativas (Cassano et al., 2006).

Se pueden identificar dos vías neurales que se articulan entre sí para regular las respuestas emocionales, estas son: el tálamo y la amígdala. El tálamo funciona como una vía de conexión rápida con la amígdala permitiendo generar una respuesta automática y de gran valor adaptativo, sobre todo en situaciones que pudieran ser amenazantes. Mientras que la segunda vía genera una respuesta emocional consciente más específica (Le Doux 1999).

El reconocimiento del rol de la amígdala en la respuesta emocional ha impulsado el estudio de los mecanismos cerebrales que participan en la regulación afectiva. Donde se ha identificado la participación fundamental del núcleo amigdalóide en diferentes funciones cerebrales tales como el aprendizaje y la memoria emocional, la modulación emocional de la memoria, la influencia de las emociones sobre la tensión y la percepción, la conducta emocional y social, la inhibición y la regulación emocional (Dufey, Fernández & Mourgues, 2007).

Rueda & Paz-Alonso (2013), afirman que diversos aspectos de las funciones ejecutivas, como el control de la inhibición y la atención ejecutiva, están fuertemente ligados a una comprensión creciente de las emociones, tanto como propias y las de otros, y también a una mejor regulación emocional.

Las funciones ejecutivas son un conjunto de procesos cognitivos, emocionales y motivacionales implicados en todas las actividades que requieran de: anticipación y desarrollo de la atención, control de impulsos y autorregulación, flexibilidad mental y utilización de la realimentación, planificación y organización, selección de forma efectiva de estrategias para resolver problemas y monitorización por medio del funcionamiento cerebral, específicamente de los lóbulos frontales (Anderson, 2010). En 1982, Lezak definió las funciones ejecutivas como las capacidades mentales indispensables para llevar a cabo planes eficaces, actividades creativas y conductas socialmente aceptables.

Las funciones ejecutivas se agrupan en funciones cálidas y frías. Las funciones frías son aquellas que están relacionadas con la actividad dorso lateral pre frontal, permitiendo un tratamiento más racional de la información; en estas funciones encontramos: monitoreo, inhibición, secuenciación, planificación, flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, control atencional, feedback, razonamiento, categorización, iniciación y formación de conceptos. Mientras que las funciones cálidas serían las implicadas en el proceso de la información emocional que proviene de la sub corteza, y que tiene su principal función en la zona orbito frontal ventral (Correa, 2015). Dentro de las funciones cálidas se encuentran la autorregulación emocional, toma de decisiones, control de impulsos, feedback emocional, volición, estrategias de cooperación, empatía, teoría de la mente y administración de refuerzos (Manzaneque, 2013).

La corteza prefrontal es la encargada de capacidades fundamentales del ser humano, tales como la Memoria de trabajo, Fluidez, Mentalización, Conducta social, Cognición social; los cuales son procesos que están inmersos en la concepción general de las funciones ejecutivas (Flores & Ostroksy-Solís, 2008). Por otro lado, Bombín, Cifuentes, Climent, Díaz, Luna & Tirapú (2014), establecieron que las funciones ejecutivas están compuestas de una red de

conexiones de la corteza prefrontal con estructuras corticales y subcorticales que, de forma jerarquizada, al relacionarse entre sí, permiten la capacidad de hallar soluciones a situaciones complejas y nuevas a través de la predicción de las posibles consecuencias.

Teniendo en cuenta el modelo en el cual se enmarca esta variable, se encontró que mecanismos de regulación emocional más estudiados son la reevaluación (Mauss, Cook, Cheng, & Gross, 2007) y la supresión (Goldin, McRae, Ramel, & Gross, 2008; Soto, Pérez, Kim, Lee, & Minnick, 2011). La primera implica la modificación de la experiencia emocional. Es decir, representa la reestructuración del significado de una situación, a través de una actividad que resulta exigente para el cerebro (Kalisch, 2009; Kumaran, Summerfield, Hassabis, & Maguire, 2009). Mientras que la supresión está vinculada al control inhibitorio de la conducta, que implica evitar toda demostración de emoción, aunque se estén produciendo movilizaciones internas fisiológicas y cognitivas. Ambos mecanismos involucran funciones ejecutivas, pero la reevaluación requiere un mayor esfuerzo porque requiere formar conceptos nuevos mientras se mantiene activa la representación de la situación emocional en la memoria de trabajo (Kumaran et al., 2009). La supresión puede resultar adaptativa ya que se debe considerar la gran cantidad de contextos actuales donde la persona tiene que evitar la manifestación de sus emociones, en especial en entornos que implican subordinación (Hackman & Farah, 2009). Sin embargo, hay numerosas evidencias de que su uso habitual conlleva consecuencias nocivas para la salud mental y está asociado a la presencia de hipertensión arterial, alteraciones cardíacas y enfermedades psicosomáticas (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010).

Evaluación de ideación suicida

El objetivo de la evaluación es estimar la presencia de ideación suicida en los adolescentes, lo que posteriormente genera un conocimiento que sirve para realizar un plan de

intervención y tratamiento que garantice la seguridad de la vida del o de la paciente. En esta investigación se hizo una búsqueda exhaustiva acerca de los instrumentos que miden la variable ideación suicida, entre los cuales se destacan los siguientes:

Escala de ideación suicida de Beck, ISB (Beck, 1979). La escala de ideación suicida de Beck ISB (1979) fue diseñada para evaluar la frecuencia consiente de pensamientos suicidas y consta de 19 ítems con un rango opcional de respuesta del 0 al 2, aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada con las siguientes sub escalas evaluativas: características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), características de los pensamientos y los deseos de suicidarse (6 reactivos), características del intento suicida (4 reactivos) y actualización del intento suicida (4 reactivos). Los cuales obtuvieron un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.84 (Macip, Martínez, León, Forteza y Núñez, 2000).

Escala de Intención Suicida, SIS (Beck Kovacs & Weissman, 1979). Fue diseñada por Beck, Kovacs & Weissman (1979), para evaluar las características de la tentativa de suicidio, teniendo en cuenta situaciones en las que se lleve a cabo conducta de aislamiento durante, y después de la tentativa de suicidio, el consumo de alcohol y sustancias entre otras.

Se encuentra estructurada por 20 ítems, valorados en una escala de tres puntos (de 0 a 2 puntos). Este instrumento se divide en tres partes, una parte objetiva que comprende las circunstancias relacionadas con la tentativa de suicidio (ítems 1 al 8); en la parte subjetiva evalúa las expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 al 15). Y por último se encuentra otros tipos de aspectos los cuales corresponden a los ítems del 16 al 20.

Cuestionario de Creencias Actitudinales Sobre el Comportamiento suicida, CCCS-18 (Ruiz, Navarro-Ruiz, Torrente & Rodríguez, 2006). Permite medir las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida. Cuenta en su totalidad con 60 ítems, con un

formato de respuesta tipo Likert de 7 niveles (donde 1= totalmente en desacuerdo, 2 =bastante en desacuerdo, (3) = un poco en desacuerdo, (4) =a indiferente, (5) = un poco de acuerdo, (6) = bastante de acuerdo, y por ultimo (7) = totalmente de acuerdo.

Este instrumento presenta preguntas relacionadas a aspectos socio demográficos como lo son la edad y el sexo y preguntas ligadas con la conducta suicida, tales como: ideación suicida, mirada subjetiva de la probabilidad de suicidarse y el intento de susidio, la cuales son una adaptación de la escala de ideación suicida (SSI), de Beck, Kovacs & Weissman (1979). Este cuestionario arrojó una consistencia interna en el Alpha de Cronbach de 0.86 (Desuque, Vargas & Lemos, 2011).

Inventario de Ideación Suicida Positivo y Negativo (Positive and Negative Suicide Ideation, PANSI, Osman, et al., 1998). Es un cuestionario que comprende 14 ítems, el cual se divide en dos escalas, ideación suicida positiva e ideación suicida negativa, de los cuales seis son positivas, y ocho evalúan la ideación suicida negativa. Las preguntas van enfocadas a la frecuencia con la que las personas están teniendo los 14 pensamientos, los cuales son evaluados en las dos últimas semanas. El PANSI tiene buenas propiedades psicométricas, evidenciando una buena validez del constructo y un Alpha de Cronbach de .83 (Osman et al., 1998). Además, tuvo relaciones significativas con medidas de depresión, desesperanza, ideas suicidas y autoestima, y con indicadores de gravedad de la conducta suicida. Puede ser aplicado a estudiantes adolescentes y jóvenes.

En esta investigación se ha tomado este instrumento de medición porque mide, de manera simultánea, factores de riesgo y de protección frente a las ideas suicidas, siendo uno de los instrumentos que ayuda a identificar de forma precoz casos de conductas suicidas.

Evaluación de regulación emocional.

Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS (Gratz & Roemer 2004). Este es un instrumento creado por Gratz & Roemer (2004), que evalúa las dificultades en el proceso de regulación emocional de síntomas y comportamientos clínicamente relevantes no adaptativos. Está constituida por 6 sub-escalas, con un total 15 ítems en la versión colombiana (Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016), que evalúan dificultades en el control de impulsos, interferencia en conductas dirigidas a metas, acceso limitado a estrategias de regulación, la falta de aceptación emocional y por último, falta de claridad emocional y de conciencia emocional. El formato de respuesta es tipo Likert del 1 al 5, donde 1 es casi nunca y 5 casi siempre, indicando presencia de dificultades en la regulación emocional si hay un mayor puntaje. Presenta un nivel de consistencia interna de 90 (Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016). Además, la DERS ha demostrado su validez y confiabilidad para medir la desregulación emocional en varios estudios con diversas poblaciones en diferentes países como Turquía, Italia, España, Argentina, Chile y México. (Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016); mostrando buenas propiedades psicométricas con poblaciones clínicas y no clínicas en adolescentes.

Debido a las buenas propiedades psicométricas de la DERS con poblaciones clínicas y no clínicas en adolescentes; este instrumento será usado en la presente investigación, para medir e identificar dificultades en la regulación emocional en los adolescentes participantes.

Cuestionario de Regulación de las Emociones (Phillips & Power, 2007). Este cuestionario es auto aplicable, cuenta con 42 ítems que registran, en cuatro escalas, la frecuencia con que los adolescentes emplean las estrategias funcionales y disfuncionales para la regulación de la emoción, los recursos internos (intrapersonales) y los externos interpersonales. La

consistencia interna del instrumento obtuvo un Alpha de Cronbach de .70 (Kinhead, Garrido & Uribe, 2011).

Cuestionario de regulación emocional, ERQ (Gross & John, 2003). Esta escala está constituida por 10 ítems con una escala tipo Likert de 7 puntos que varía desde “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”.

Evalúa dos factores: supresión emocional y reevaluación cognitiva; refiriéndose la supresión a la forma de modular la respuesta emocional que abarca la inhibición de la expresión de las conductas emocionales y la reevaluación cognitiva a una forma de cambio cognitivo que implica la construcción de una nueva situación emocional que potencialmente tenga menor impacto emocional. La consistencia interna del fue buena para ambas dimensiones, concretamente el Alpha de Cronbach para la revaluación fue de .75 a .82 y para la supresión fue de .68 a .76.

Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ, Garnesfski et al., 2001). Es un instrumento de autoinforme compuesto por 36 ítems con una escala tipo Likert, que evalúa nueve estrategias cognitivas por medio de cuatro ítems de regulación emocional que utilizan las personas luego de una experiencia displacentera o estresante como lo son la rumiación, catastrofización, auto-culparse, culpar a otros, aceptación, focalización positiva, reinterpretación positiva, refocalización en los planes.

El CERQ cuenta con versiones adaptadas para distintos países (Jermann, d'Acremont, Van der Linden & Zermatten 2006; Abela, Auerbach, Tong, Xiao, Yao, & Zhu, 2008; Cakmak & Cevik, 2010; Domínguez-Sánchez et al., 2011) con resultados psicométricos satisfactorios, reportando valores de alfa de Cronbach comprendidos entre 0.68 y 0.83, con evidencias de

validez contrastando las puntuaciones del CERQ con mediciones de depresión, ansiedad, emociones positivas y emociones negativas (Garnefski & Kraaij, 2007). Diversos estudios psicométricos sugieren que las propiedades psicométricas son buenas con la población de adolescentes (Medrano, Moretti, Ortiz & Pereno, 2013).

Las Escalas de Afecto Positivo y Negativo, PANAS (Clark, Tellegen & Watson, 1988). La escala PANAS cuenta con dos subescalas que miden la dimensión de Afectos Positivos (AP) y de Afectos Negativos (AN) compuestas por 10 ítems cada una, que describen adjetivos relacionados con los sentimientos y emociones más usuales que experimentan las personas. El formato de respuesta es tipo Likert, que va desde 1 = muy levemente o nada en absoluto a 5 = extremadamente PANAS es una escala que tiene un nivel aceptable de consistencia interna, con un alfa de Cronbach en la escala de afecto positivo de 0.73 y en la escala de afecto negativo de 0.82 (Moriondo, De palma & Murillo, 2012).

Relación entre autorregulación emocional e ideación suicida

Diversas investigaciones han señalado la importancia de establecer la relación entre las alteraciones en el estado de ánimo y la capacidad de regular las emociones propias. Granados & Reyes (2014) realizaron una investigación sobre la desesperanza y la dificultad en la regulación emocional como factores de riesgo en la ideación o riesgo suicida. Con el propósito de detectar estos factores en estudiantes de entre 15 y 18 años de edad, a través de la Escala de Desesperanza de Beck (en su versión en español, Aguilar, Hidalgo, Cano, López, Campillo, & Hernández 1995); y la Escala de dificultades en la regulación emocional (adaptada al español por Hervar & Jodar, 2008); concluyeron que los aspectos afectivos constituyen un factor protector y que, en la medida en que los sujetos generen estrategias de manejo adecuado de sus emociones, estos no tendrán un papel importante en la generación de desesperanza. También encontraron que la pérdida de motivación y la insuficiencia económica, son un factor de riesgo, al igual que la presencia de expectativas poco favorecedoras para el futuro, que predice un estado de desesperanza y, por lo tanto, un componente importante del riesgo suicida.

En Colombia, Clavijo & Sierra (2010) realizaron una propuesta de intervención para el fortalecimiento de habilidades sociales y emocionales en adolescentes con ideación suicida. Ellos plantean que el tratamiento para la salud mental de los sentimientos, ideas o comportamientos suicidas comienza con una evaluación minuciosa de los acontecimientos de la vida del adolescente ocurridos durante los dos o tres días previos al comportamiento suicida. En dicha intervención integran estrategias que potencian a partir del trabajo interdisciplinario, valores como confianza en sí mismo, cooperación en grupos, empatía, solidaridad, entre otros, permitiéndole así, una mayor adaptación al medio, resiniendo su sentido de vida y desestimando la percepción del suicidio como única salida.

Por otro lado, Ceballos & Suarez (2012) llevaron a cabo un estudio, con el objetivo de identificar las características existentes en estudiantes con y sin ideación suicida e inteligencia emocional, por medio de la aplicación de la Escala Rasgo de Meta-Conocimiento Emocional de Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos (2004) y el Inventario de ideación suicida de Beck-ISB de Beck, Kovacs & Weissman (1979), llegando a la conclusión que las habilidades emocionales son distintas en ambos grupos, teniendo en cuenta que según los resultados se debe dar una mejoría mucho mayor de habilidades emocionales en el grupo con ideación suicida.

Rodríguez (2014) realizó una investigación para descubrir la relación existente entre el historial de suicidios y su influencia en nuevos intentos suicidas, en una institución con antecedentes de suicidio; buscando comprobar la hipótesis que los suicidios dejan secuelas emocionales entre los compañeros y amigos de clase.

La información se recolectó mediante la Escala de Formas de Afrontamiento–Regulación Emocional (Larsen, R.J & Prizmic, 2004), para episodios que causan enojo y tristeza, y la Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), diseñado por Beck (1979), que mide el nivel de ideación suicida presente en un individuo. Concluyeron que la población investigada tiene como principales indicadores las secuelas emocionales en la que se encuentran los síntomas como rumiación, inhibición, supresión y el aislamiento social, por lo cual la población se siente identificada con la opción del suicidio como estrategia de solución de sus problemas.

Otro estudio similar es la investigación realizada por Limonero & Romero (2011), la cual tenía como objeto de estudio, analizar la relación de la inteligencia emocional percibida, la competencia personal y la satisfacción vital con el riesgo suicida, en la cual participaron estudiantes del programa de psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona; en sus resultados concluyeron, que existe una alta prevalencia del riesgo suicida en la población

participante, identificando que los estudiantes con menor riesgo suicida presentan mayores niveles de competencia percibida y mayor satisfacción vital. En este sentido, los estudiantes que comprenden sus estados emocionales y las situaciones que generan sus emociones presentan menor riesgo suicida, es decir, tienen mayor habilidad para regular y controlar sus emociones.

El conjunto de investigaciones realizadas hasta la fecha indica que existe una relación estrecha entre la regulación de las emociones, y la presencia de ideación suicida, evidenciada en los resultados en común de dichas investigaciones, las cuales afirman que los adolescentes que, poseen estrategias de afrontamiento, comprenden y regulan sus emociones, son menos propensos a valorar las situaciones de forma negativa, y presentar conductas suicidas como única salida.

Variables

Tabla 1

Cuadro de variables

Variable	Dimensión de la variable	Tipo de variable	Nivel de medición	Instrumento	Criterio de calificación
Ideación suicida	Negativa	Cuantitativa	Razón	Inventario de Ideación Suicida Positivo y Negativo PANSI, Osman, 1998) (Positive and Negative Suicide Ideation,	Se califica de 0 a 4 de manera directa; siendo la mayor puntuación 32, lo cual indica un nivel alto de ideación suicida.
	Positiva	Cuantitativa			Se califica de 4 a 0 de manera inversa, entre menos ítems, más riesgo de ideación suicida. El puntaje máximo es de 24.
Regulación Emocional	No aceptación	Cuantitativa	Razón	Escala de Dificultades de Regulación Emocional, DERS (Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016)	Ítems 1 y 9 donde un puntaje de 2 es bajo, de 3 a 5 es medio y de 6 a 9 alto.
	Claridad	Cuantitativa			Ítem 2 donde un puntaje de 1 es bajo, 2 es medio y de 3 a 5 alto
	Metas	Cuantitativa			Ítems 3,7,10 y 14. De 4 a 8 es bajo, de 9 a 14 es medio y de 15 a 19 es alto.
	Impulsividad	Cuantitativa			Ítems 4,8,11 y 13. De 4 a 5 es bajo, de 6 a 14 es medio y de 15 a 13 es alto.

**Estrategias de
regulación
emocional**

Cuantitativa

Ítems 5,6 y 12. De 3 a 4 es bajo, de 5 a 8 es medio y de 9 a 13 es alto.

Conciencia

Cuantitativa

Ítem 15 donde 1 es bajo, de 2 a 4 es medio y de 5 en adelante es alto

Nota. Operacionalización de la variable.

Tabla 2

variables de control

<i>¿Qué?</i>	<i>¿Cómo?</i>	<i>¿Por qué?</i>
Edad	Entre 15 a 17 años	Los suicidios tienen un peso importante dentro de la mortalidad por lesiones y aparecen como una de las primeras causas de muerte en adolescentes debido a que en la búsqueda y redefinición de su identidad atraviesa e interpreta las realidades juveniles de su entorno; y en ocasiones manifiesta síntomas que favorecen la presencia de malestar emocional, el cual puede desembocar en conductas de riesgo
Estrato Socio-económico	Bajo	Las causas económicas como motivo para quitarse la vida, constituyen un detonante del intento suicida, entre éstas se encuentran: el desempleo, endeudamiento, y cambios en el estilo de vida, entre otros estresores. Además, contribuye a la aparición de depresión y ansiedad (INMLCF, 2016).
Escolaridad	10 ° y 11°	En Colombia, los adolescentes que cursan 10° y 11° corresponden al intervalo de edad entre los 15 y 17 años; edades en las cuales se presenta el índice más alto de ideación suicida (Amezquita, González & Zuluaga, 2008); y a su vez predominan los casos de suicido.

Nota. Justificación de las variables de control.

Método

Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación de tipo cuantitativa, se encuentra orientada bajo el paradigma empírico analítico, la cual busca usar la recolección de datos para comprobar una hipótesis, basándose en la medición numérica y análisis estadísticos con el objetivo de establecer patrones de comportamiento a la luz de teorías. Asimismo, busca explicar o determinar causas y efectos cuantitativamente que se caractericen por ser comprobables y repetibles en diferentes contextos con variables de control (Hernández, Fernández & Batista, 2006). Corresponde, además a un diseño no experimental de temporalidad transversal, ya que se recolectarán los datos en un solo momento por medio de la aplicación de pruebas.

Este estudio tiene un alcance correlacional que tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto en particular (Hernández et al., 2006). Se buscó determinar la relación existente entre la ideación suicida y la regulación emocional en adolescentes entre 15 y 17 años del Instituto Monsalve New Love del municipio de Soledad Atlántico.

Participantes

La población objeto fue de 150 adolescentes escolarizados con rango de edades que oscilan entre los 15 a 17 años, que cursan los grados 10° y 11° de bachillerato en el Instituto Monsalve New Love de soledad; de los cuales se tomó como muestra representativa 109 estudiantes; el tamaño de la muestra fue calculado con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%. Para la selección de la muestra se realizó un muestreo no probabilístico con grupos intactos, teniendo en cuenta que la elección de los sujetos no dependía de la probabilidad, sino, que estos cumplan con las características de la investigación (Hernández-Sampieri,

Fernández-Collado & Baptista, 2006) permitiendo la inclusión solo de los adolescentes que cumplan con los requerimientos para ser incluidos en este trabajo investigativo.

Criterios de selección de la muestra.

a. Nivel de Escolaridad: 10° y 11° de bachillerato

b. Edad: 15-17 años.

c. Lugar de Residencia: Soledad

Criterios de exclusión.

d. Presencia de antecedentes: con historia de trastornos neurológicos o psiquiátricos, dificultades en el aprendizaje, discapacidad intelectual o física.

Técnicas e Instrumentos

Para la evaluación de las variables de estudio se procedió con la aplicación de los siguientes instrumentos: el Inventario de Ideación Suicida Positivo y Negativo (Positive and Negative Suicide Ideation, PANSI, Osman *et al.*, 1998), la cual cuenta con 14 ítems que evalúan dos dimensiones (ideación suicida positiva y la ideación suicida negativa) y la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS, Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016). Con los cuales se midieron variables específicas como ideación suicida y regulación emocional, que mide las dimensiones de no aceptación, claridad, metas, impulsividad, estrategias de regulación emocional y conciencia.

Procedimientos.

En La fase 1. Se seleccionó primeramente la población, los cuales fueron estudiantes de 10° a 11° del Instituto Monsalve New Love de soledad entre las edades 15 a 17 años sin ninguna presencia de trastorno neuropsiquiátricos, discapacidad intelectual o física.

En la fase 2. Se realizó la socialización del objetivo de la investigación y la firma del consentimiento informado, se citó a los adolescentes y a los acudientes de los mismos a una reunión con el fin de obtener las firmas de dichos consentimientos informados, y así observar el interés de los estudiantes al momento de participar en la investigación. Para lo cual fue necesario proporcionar información general sobre el proyecto, para proceder a la medición de la IS y la RE por medio de la administración de los instrumentos el Inventario de Ideación Suicida Positivo y Negativo (PANSI, Osman *et al.*, 1998) y la *Escala de Dificultades de Regulación Emocional* (DERS, Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016).

Posteriormente, se llevó a cabo la calificación e interpretación de las pruebas según las especificaciones de los manuales y de acuerdo a los baremos, lo que permitió diseñar una plantilla en Excel para facilitar el ingreso de los datos al software estadístico SPSS con el cual se realizó el análisis de los datos para luego proceder con la interpretación de dichos resultados a la luz de la teoría.

Resultados

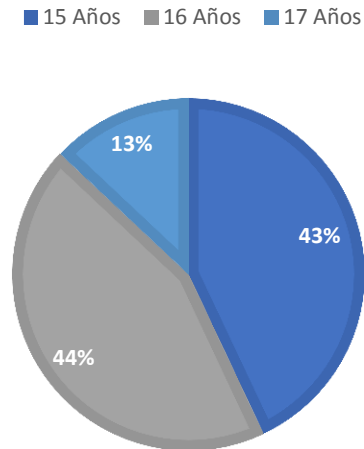
Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y de correlación, mediante el programa estadístico SPSS versión 22.0; con una muestra de 109 estudiantes pertenecientes a los grados 10° y 11° de una institución educativa de la ciudad de Barranquilla (Instituto Monsalve New Love).

Para dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados en la presente investigación, inicialmente se realizó un análisis descriptivo de los datos sociodemográfico tales como: sexo, edad, y escolaridad; posteriormente, se analizaron las variables de estudio de ideación suicida y regulación emocional, teniendo en cuenta las medidas de tendencia central y los porcentajes de frecuencia, y Finalmente, se realizó un análisis correlacional de Spearman entre las variables de ideación suicida y regulación emocional, utilizado para establecer relaciones entre las variables de estudio en muestras que no cumplen el criterio de normalidad.

Análisis Descriptivos De Las Variables Sociodemográficas

En cuanto a las variables socio demográficos de la muestra, los resultados arrojaron que de los 109 estudiantes evaluados del Instituto Monsalve New Love el 43%, que equivale a 47 estudiantes, tenían 15 años de edad, el 44% correspondía a 48 estudiantes con 16 años y el 13% de la población lo representaron 14 estudiantes con 17 años (Figura 2).

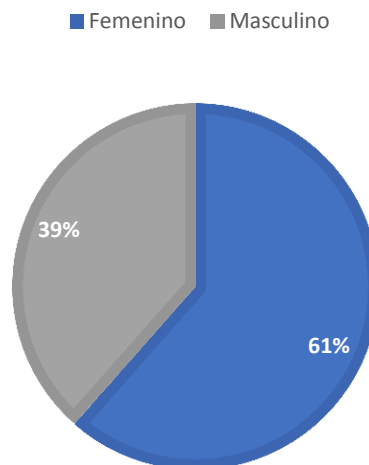
Figura 2.



Nota. Porcentajes de distribución de la muestra con respecto a la edad de los participantes.

En cuanto a la distribución de la muestra con respecto al sexo, en la Figura 3 se observa que un poco más de la mitad de los estudiantes pertenecen al sexo femenino, equivalente a un 61%, mientras que el 39% corresponde a estudiantes de sexo masculino.

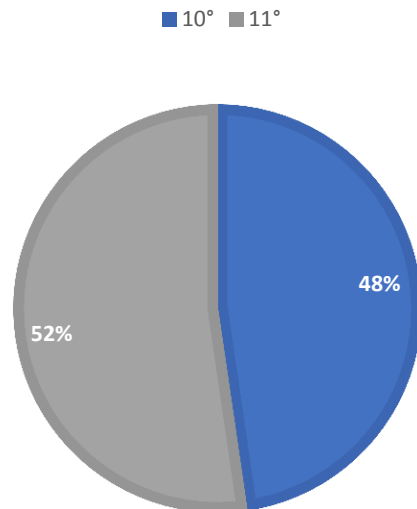
Figura 3.



Nota. Porcentaje de distribución de los participantes en relación al sexo.

Con respecto a la escolaridad, 52 estudiantes cursaban décimo grado (10°), lo cual equivale a un 48%, mientras que el otro 52%, correspondiente a 57 estudiantes, cursaban undécimo grado (11°) (figura 4).

Figura 4.



Nota. Porcentaje de distribución de los estudiantes en relación al grado escolar.

Con respecto a las medidas de tendencia central, en la tabla 3, se pueden observar los puntajes de media, mediana, moda y desviación típica con respecto a las variables de edad ($M=15,7$, $DE=0,6$) y escolaridad ($M=10,52$, $DE=0,5$), apreciándose homogeneidad en los datos socio demográficos de los participantes.

Tabla 3.*Medidas de tendencia central de las variables sociodemográficas*

		Sexo	Edad	Escolaridad
N	Válidos	109	109	109
	Perdidos	0	0	0
Media		1,39	15,70	10,52
Mediana		1,00	16,00	11,00
Moda		1	16	11
Desv. típ.		,489	,687	,502

Nota. N: número de la muestra, Desv típ: desviación típica

Todos los participantes de este estudio, pertenecían al estrato socioeconómico colombiano bajo (nivel 1) quienes en su mayoría hacen parte de una familia nuclear, y en un mínimo porcentaje monoparental, según lo reportado en la entrevista semiestructurada.

Análisis Descriptivo De Las Variables De Estudio

Con respecto a la variable de Ideación suicida, de acuerdo a los resultados arrojados por el inventario PANSI se identificó que el 11.9% de los participantes presenta niveles de ideación suicida muy bajos, un 17.4% presenta niveles bajos, un 29.4% corresponde a un nivel medio, así mismo, se encontró que el 26.6% posee niveles altos y tan solo un 14.7% presento un nivel muy alto de ideación suicida (Ver tabla 4).

Tabla 4*Niveles de ideación suicida*

Ideación Suicida	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Total	Muy Bajo	13	11,9
	Bajo	19	17,4
	Medio	32	29,4
	Alto	29	26,6
	Muy Alto	16	14,7
Total		109	100

Nota. Autores (2017).

Así mismo, basados en los datos obtenidos se evidenció que el 22% de los estudiantes presentan ideación suicida positiva muy baja, un 17.4% tiene un nivel bajo, seguido por un 33.9%, equivalentes a un nivel medio nivel medio; el 17.4% se encuentra en un nivel alto y tan solo un 9.2% de los estudiantes tiene niveles muy altos de ideación suicida positiva (Ver tabla 5).

Tabla 5.*Niveles de ideación suicida positiva*

Ideación Suicida	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	Muy Bajo	24	22,0
	Bajo	19	17,4
	Medio	37	33,9
	Alto	19	17,4
	Muy Alto	10	9,2
Total		109	100

Nota. Autores (2017)

Por último, encontramos que los resultados arrojados por el PANSI, en referencia a la ideación suicida negativa, un 32.1% de los participantes presenta niveles muy bajos, un 38.5% posee niveles altos y un 29.4% de los estudiantes presenta niveles muy altos (ver tabla 6).

Tabla 6.*Niveles de ideación suicida negativa*

Ideación Suicida	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Negativa	Muy Bajo	35	32,1
	Alto	42	38,5
	Muy Alto	32	29,4
Total		109	100

Nota. Autores (2017).

Regulación Emocional

Por otra parte, en relación con la variable de Regulación Emocional, medido por la prueba *Escala de dificultades en la regulación emocional* (DERS, Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016), se encontró que 30 estudiantes, equivalente a un 27.5% presentaron un nivel bajo de dificultades en regulación emocional, el 48.6% mostraron un nivel medio de dificultades, es decir, cerca de la mitad de los adolescentes (53 estudiantes) y finalmente el 23.9% presento un nivel alto de dificultades en la regulación de las emociones (ver Tabla 7).

En cuanto a las dimensiones evaluadas por la *Escala de dificultades en la regulación emocional* (DERS, Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016), en la dimensión de no aceptación, se encontró que el 45.9% de los participantes presentaron bajas dificultades de regulación, el 36.8% mostro dificultades en un nivel medio, mientras que el 17.5% demostró tener un nivel alto de dificultades en la regulación de las emociones. En la dimensión claridad, 36 estudiantes obtuvieron niveles bajos de dificultades lo cual es equivalente al 33.0% de la muestra; por otro lado 48 estudiantes, es decir el 44% se ubicaron en un nivel medio de dificultades en la regulación y el 22.9% equivalente a 25 adolescentes, mostraron niveles altos de dificultades en la claridad emocional

En la dimensión de metas, el 28% de los participantes se ubicaron en un nivel bajo de dificultades en la regulación de las emociones, mientras que 55 participantes, correspondiente al 50.5 de ellos, mostraron un nivel medio de dificultades; en cuanto a los estudiantes con altas dificultades en la regulación de las emociones, se encontraron 23 sujetos, correspondiente al 21.1% de la muestra.

Con respecto a la impulsividad, se encontró que el 30.3% (33 sujetos) de los participantes, mostraron niveles bajos de dificultades, un 45.9% (50 sujetos) mostraron un nivel

medio y finalmente el 23.9 (26 sujetos) mostro un nivel alto de dificultades en la regulación de las emociones.

En referencia a las dificultades en la dimensión de estrategias de regulación emocional, el 33.9% de los participantes presentaron niveles bajos, el 42.2% presentaron nivel medio de dificultad y finalmente el 23.9% presentaron altas dificultades en la regulación de las emociones.

Por último, en lo referente a la dimensión de conciencia el 33% de los participantes presentaron niveles bajos, el 49.5 % mostraron un nivel medio de dificultades, y solo el 17.4% presentaron niveles altos de regulación de las emociones.

Tabla 7.

Niveles de regulación emocional

Regulación emocional	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
No aceptación	Bajo	50	45,9
	Medio	40	36,8
	Alto	19	17,5
Claridad	Bajo	36	33,0
	Medio	48	44,0
	Alto	25	22,9
Metas	Bajo	31	28,4
	Medio	55	50,5
	Alto	23	21,1
Impulsividad	Bajo	33	30,3
	Medio	50	45,9

	Alto	26	23,9
	Bajo	37	33,9
Estrategias	Medio	47	42,2
	Alto	26	23,9
	Bajo	36	33,0
Conciencia	Medio	54	49,5
	Alto	19	17,4
	Bajo	30	27,5
DER total	Medio	53	48,6
	Alto	26	23,9

Nota. DERS: dificultades en la regulación emocional.

Análisis Correlacional De Las Variables De Estudio

Tabla 8.

Correlaciones entre Ideación suicida y Regulación emocional

Rho de Spearman	No Aceptación	Claridad	Metas	Impulsividad	Estrategias	Conciencia
Ideación Positiva	,219*	,159	.040	,057	,116	,231*
Ideación Negativa	,295**	,160	,211*	,111	,255**	,122
Ideación Total	,335**	,216*	,166	,118	,248**	,244*

*Nota. Las correlaciones indicadas con * tienen un nivel de significancia $p < 0,05$. Las correlaciones indicadas con ** tienen un nivel de significancia $p < 0,01$. Según el grado de coeficiente de correlación $p < 0,10$ = positiva débil y si es $p < 0,50$ = positiva media.*

Con base a los resultados obtenidos, se pueden apreciar correlaciones positivas débiles entre las variables de estudio, específicamente entre *ideación positiva* con las dimensiones de *no aceptación*, y *conciencia*; Ideación negativa con la dimensión de *metas* e *Ideación suicida total* con las dimensiones de *claridad* y *conciencia*. Todas con un nivel de significancia < 0.05 (Tabla 8).

En la dimensión de ideación suicida negativa se puede observar que existe una correlación positiva débil con un nivel de significancia < 0.01 , con el total de *no aceptación* y de la misma manera se correlaciona de forma positiva media con *estrategias* y por último se encuentra la *ideación suicida total* que se relaciona en un nivel medio significativo con la dimensión de no aceptación y con estrategias (ver Tabla 8).

Correlaciones por diferencias de sexo.

Se realizó un análisis de corrección diferenciado por género. De acuerdo a esto, se puede observar que en el género masculino se encuentran correlaciones positivas débiles entre *Ideación suicida positiva* y la dimensión de *estrategias* y entre *Ideación negativa* con *No aceptación* y *Estrategias*, todas con un nivel de significancia < 0.05 . Asimismo, se encontraron correlaciones positivas débiles entre *Ideación suicida positiva* con *no aceptación* y entre *Ideación suicida total* con *no aceptación* y *estrategias* con un nivel de significancia < 0.01 (Tabla 9). No se encontraron correlaciones en el grupo de estudiantes del género femenino (Tabla 10).

Tabla 9.*Correlaciones entre las variables de estudio en estudiantes de sexo masculino*

Rho de Spearman	No Aceptación	Claridad	Metas	Impulsividad	Estrategias	Conciencia
Ideación Positiva	,434**	,174	,061	,264	,324*	,280
Ideación Negativa	,364*	,206	,270	,194	,345*	,061
Ideación total	,486**	,223	,162	,284	,422**	,205

*Nota. Las correlaciones indicadas con * tienen un nivel de significancia $p < 0,05$. Las correlaciones indicadas con ** tienen un nivel de significancia $p < 0,01$. Según el grado de coeficiente de correlación $p < 0,10$ = positiva débil y si $p < 0,50$ = positiva media.*

Tabla 10.*Correlaciones entre las variables de estudio en estudiantes de sexo femenino*

Rho de Spearman	No Aceptación	Claridad	Metas	Impulsividad	Estrategias	Conciencia
Ideación Positiva	,065	,136	,037	,060	-,020	,198
Ideación Negativa	,226	,090	,184	,048	,153	,191
Ideación Total	,198	,158	,166	,006	,092	,274

*Nota. Las correlaciones indicadas con * tienen un nivel de significancia $p < 0,05$. Las correlaciones indicadas con ** tienen un nivel de significancia $p < 0,01$. Según el grado de coeficiente de correlación $p < 0,10$ = positiva débil y si $p < 0,50$ = positiva media.*

Correlaciones con respecto al grado de escolaridad

En los análisis correlacionales realizados a los participantes pertenecientes a décimo grado, Se halló una correlación positiva débil entre la dimensión de *No aceptación* y las variables de *Ideación Negativa* e *Ideación total*, todas con un nivel de significancia <0.05 (Tabla 11).

Tabla 11.

Correlaciones de spearman entre las variables de estudio para 10°.

Rho de Spearman	No Aceptación	Claridad	Metas	Impulsividad	Estrategias	Conciencia
Ideación Positiva	,088	,070	-,037	,082	,081	,131
Ideación Negativa	,296*	,051	,183	,039	,185	-,119
Ideación Total	,290*	,115	,092	,096	,232	,019

*Nota. Las correlaciones indicadas con * tienen un nivel de significancia $p < 0,05$. Las correlaciones indicadas con ** tienen un nivel de significancia $p < 0,01$. Según el grado de coeficiente de correlación $p < 0,10$ = positiva débil y si es $p < 0,50$ = positiva media.*

En referencia a las correlaciones obtenidas en el grado undécimo, los resultados de los análisis evidencian una correlación positiva débil entre *Ideación suicida positiva* con la dimensión de *no aceptación* ($p < 0.01$) y *conciencia* ($p < 0.05$). De la misma forma, *Ideación suicida negativa* muestra una correlación positiva débil con *claridad*, *estrategias* y *conciencia*. Todas con un nivel de significancia <0.05 .

Por último, se encuentran correlaciones bajas entre *Ideación suicida total* con *no aceptación* y *claridad* ($p < 0.05$), así como una correlación positiva media entre *Ideación total* y la dimensión de *conciencia* ($p < 0.01$) (Tabla 12).

Tabla 12.*Correlaciones de spearman entre las variables de estudio para 11°.*

Rho de Spearman	No Aceptación	Claridad	Metas	Impulsividad	Estrategias	Conciencia
Ideación Positiva	,363**	,249	,107	,000	,151	,311*
Ideación Negativa	,302	,263*	,214	,113	,273*	,325*
Ideación Total	,387*	,333*	,207	,077	,240	,411**

*Nota. Las correlaciones indicadas con * tienen un nivel de significancia $p < 0,05$. Las correlaciones indicadas con ** tienen un nivel de significancia $p < 0,01$. Según el grado de coeficiente de correlación $p < 0,10$ = positiva débil y si es $p < 0,50$ = positiva media.*

Discusión

La adolescencia es una etapa en la que ocurren cambios de crecimiento y desarrollo neuroendocrino, psicológicos y sociales. Los problemas que generalmente, pueden llevar a afectar a los adolescentes corresponden al área emocional y psicosocial; que dependiendo de la forma como ellos perciban la realidad, pueden presentarse dificultades severas que interfieran con el desarrollo saludable y que condicionen situaciones límites que propicien la presencia de ideas suicidas.

En la presente investigación los resultados indican que el 70% de la población objeto de estudio, presentaron ideación suicida, teniendo en cuenta los niveles de ideación suicida medios y altos de los baremos del Inventario PANSI; así mismo, se encontró que solo algunos de los estudiantes se caracterizan por percibir falta de apoyo social, y tener poco control sobre las situaciones adversas que se le presenten, poseen una visión desesperanzadora tanto del mundo como de sí mismos y poca autoconfianza. Este hallazgo es confirmado por Dovrov & Thorell, (2004), quienes exponen, que los factores protectores y las ideas suicidas se pueden explicar a partir de los motivos para vivir, debido a que, al ser interpretados como un motor para seguir adelante ante las situaciones difíciles, ayudan al sujeto a tener más resistencia al estrés y al pesimismo; por tanto, evitan la aparición de ideaciones suicidas y a su vez el suicidio consumado.

En lo referente a la ideación suicida negativa, se encontró que la mayoría de los adolescentes evaluados poseen ideas suicidas con razones, tales como fracaso, desesperanza, baja autoeficacia, frustración o tristeza, con las cuales justifican las consideraciones a ejecutar actos suicidas. Lo cual concuerda con el estudio realizado por Mondragón, Saltijeral, Bimbela, & Borges (1998), donde evaluaron a 1,094 pacientes, y encontraron que los pacientes con un grado

elevado de desesperanza, tienen riesgo seis veces mayor de presentar ideación suicida. Al igual que los hallazgos realizados por Mojica, Sáenz, & Rey-Anacona (2009), en su investigación, donde evaluaron a 95 varones de nacionalidad colombiana, y compararon los que presentaban riesgo suicida, con los que no presentaban dicho riesgo, y encontraron que el riesgo suicida se relacionaba con un grado alto de desesperanza y de depresión.

Al comparar estos resultados con trabajos anteriores, se encontró que la presencia de ideación suicida en adolescentes es altamente significativa debido a la prevalencia que han reportado diversos estudios, por ejemplo, Pérez-Amezcu, Rivera-Rivera, Atienzo, Leyva-López & Chávez-Ayala (2010), encontraron que el 47% de la muestra estudiada en su investigación, indicó al menos un síntoma de ideación, y un porcentaje menor refirió antecedente de intento; a su vez, Siabato, Forero, & Salamanca (2016) identificaron que el 30% de los sujetos participantes en su estudio, reportaron ideación suicida. Lo cual afirma lo planteado por Villalobos-Galvis (2009) quien asegura que, tanto en sus estudios como en otras investigaciones, un 20% de las muestras poblaciones estudiadas habían presentado igualmente ideas suicidas, y que estos pensamientos pueden ser productos cognitivos comunes, en el sentido de que un buen porcentaje de personas las presenta a lo largo de su vida. Sin embargo, la que determina su potencial amenazante es la presencia excesiva, intensa, permanente y generalizada de las ideas.

Los resultados obtenidos en la Escala DERS (Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016), indican a nivel general, que la mayoría de los participantes presentaron dificultades en la regulación emocional, las cuales Fernández-Berrocal & Extremera (2005), define como dificultades en la habilidad para identificar y reconocer tanto los propios sentimientos como los de aquellos que lo rodean. Implica prestar atención y decodificar con precisión las señales emocionales de la expresión facial, movimientos corporales y tono de voz.

Se refiere al grado en que los individuos pueden identificar convenientemente sus propias emociones, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que éstas conllevan. Los resultados del presente estudio, están en consonancia con los encontrados por De la Villa, & Sirvent (2011), donde el 59% de los adolescentes evaluados en su investigación indicaron desajuste emocional. Estas dificultades emocionales, son características de la adolescencia, la cual es una de las etapas más radicales en el desarrollo cerebral, fundamentalmente en lo que respecta a la maduración de los lóbulos frontales, encargados de las áreas vinculadas con el autodomínio emocional, la comprensión y la voluntariedad (Palacios et al., 2002; Jhon & Gross, 2004). Aunque la corteza prefrontal experimenta un enorme crecimiento, no obstante, se conoce que el sistema límbico maduraría antes que las áreas de la corteza prefrontal, fortaleciéndose las conexiones entre ambos sistemas a medida que transcurre el desarrollo (San Martín & Barra, 2013). Por tanto, la mayor participación de circuitos emocionales como la amígdala, en lugar de las regiones de control inhibitorio, puede dificultar la regulación emocional en los adolescentes (Casey et al., 2010; Hilt, 2011). Lo característico de la regulación emocional del adolescente es su falta de flexibilidad, pues son radicales, utilizan sus recursos cognitivos para negar o disfrazar sus emociones, actitudes y conductas que probablemente estén relacionadas con la necesidad de mantener un buen autoconcepto personal (De la Villa & Sirvent, 2011).

En cuanto a las dimensiones de la regulación emocional evaluadas por DERS, se hallaron dificultades en la dimensión metas, que hace alusión a la capacidad para controlar comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo con los objetivos deseados cuando se experimenta emociones negativas, lo cual indica que las emociones interfieren en las acciones dirigidas hacia una meta específica, cuando el adolescente está alterado (Gratz & Roemer, 2004). De la misma forma los participantes presentaron dificultades en la dimensión de claridad,

teniendo en cuenta los niveles medios y altos de los baremos de la DERS; dichas dificultades en claridad, hacen referencia a poder diferenciar las emociones mientras estas son experimentadas.

En cuanto a los ítems que evalúan la impulsividad se evidencio que la mayoría de los participantes evaluados, manifestaron tener dificultades en controlar comportamientos impulsivos cuando están alterados y comportarse de acuerdo con los objetivos deseados cuando se experimenta emociones negativas; hallazgo que concuerda con lo encontrado por Forero, Siabato, & Salamanca (2016), quienes identificaron que los estudiantes con altos índices de impulsividad, también habían manifestado ideas suicidas. Esto se puede soportar con los planteamientos de Mann, Waternaux, Haas, & Malone (1999), quienes encontraron que una alta impulsividad disminuye el umbral para actuar sobre los sentimientos, lo cual se manifiesta en agresión dirigida hacia sí mismo o hacia el exterior, y por consiguiente, puede desencadenar en actos suicidas, así mismo, indican que la impulsividad se relaciona con el umbral para actuar sobre pensamientos suicidas y que existe un sustrato común en correlatos neurobiológicos similares entre actos suicidas y agresión impulsiva. Es preciso mencionar que durante la adolescencia se observa un incremento de la impulsividad y toma de conductas de riesgo (Riediger & Klipker, 2014).

Con respecto a la dimensión de estrategias de regulación, los resultados obtenidos indican, que cerca de la mitad del tiempo la mayoría de los participantes posee poca percepción de habilidades para modular las emociones, lo cual repercute significativamente en la manera eficaz de manejar las respuestas emocionales (Gratz & Roemer, 2004).

Finalmente, en menor porcentaje, se encontró que los adolescentes evaluados manifestaron pocas dificultades para expresar emociones negativas, frente a situaciones sociales con terceras personas, en la dimensión de no aceptación; así mismo, en la dimensión de

conciencia, pocos estudiantes mostraron problemas en reconocer sus propias emociones al momento en que son experimentadas.

Respecto a la medición de correlaciones, se observó en este estudio que existe una correlación positiva débil entre ideación suicida y regulación emocional, debido a que los adolescentes que presentaron niveles altos de ideas suicidas, también presentaron dificultades en la regulación de sus estados emocionales, sin embargo, solo se vio marcados en algunas dimensiones de la regulación, lo cual afirma la existencia de una relación entre ambas variables. A su vez se hallaron pocas dificultades en no aceptación y en conciencia emocional, por lo cual se infiere que, aunque exista presencia de ideas suicidas, algunos adolescentes hacen uso de estas estrategias de regulación emocional para responder de forma adaptativa, ante una experiencia emocional negativa. Estos resultados, se relacionan con los de Suárez, Restrepo, & Caballero, (2016), ya que en su estudio las correlaciones encontradas señalaron que la habilidad para tener claridad sobre las emociones y repararlas, anteponiendo a estados negativos emociones positivas están asociadas con la ideación suicida, sin embargo su correlaciones fueron negativas, e indicaron que a menor claridad emocional y menor reparación emocional, mayor es el riesgo desde la ideación suicida; particularmente, estas habilidades emocionales también trascienden relacionándose negativamente con actitud hacia la muerte, deseos suicidas, proyecto del intento y la realización del intento. Resultados similares, fueron encontrados por Quiceno, Mateus, Cardenas, Villareal, & Vinaccia, (2013), en su investigación, quienes hallaron una relación inversamente proporcional entre la regulación emocional y orientación positiva al futuro, con la ideación suicida afirmando que los adolescentes que poseen perspectivas y sueños a futuro, que regulan sus estados emocionales y se muestran interesados por una amplia variedad de eventos tienen menos riesgo de presentar ideación suicida.

En lo que respecta a las correlaciones por diferencia de sexo, no se encontraron correlaciones en el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino se destacaron correlaciones positivas débiles entre la ideación suicida positiva con no aceptación emocional y la ideación suicida total con las dimensiones de estrategias y no aceptación emocional. Este hallazgo se puede explicar con el planteamiento de Calvo Sánchez, & Tejada (2003), quienes afirman que tanto la ideación, como el antecedente de intento de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres. En estudios anteriores también encontraron que, aunque las mujeres presentaban una mayor atención y focalización a sus sentimientos, los hombres tenían mayor facilidad para reparar sus estados emocionales negativos, y mantener los positivos (Extremera & Fernández-Berrocal, 2003); es decir, que el género es un factor de influencia significativo sobre la frecuencia de uso de la estrategia de supresión emocional (Extremera, & Fernández-Berrocal, 2002). Resultados que concuerdan con los de Gross & John (2004), quienes afirman que los niños utilizan la supresión de la expresión emocional en mayor medida que las niñas. diversos autores han propuesto que la regulación emocional, cumple un factor protector en conductas problemáticas como violencia, impulsividad y desajuste emocional (Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello & Extremera, 2006); e incluso ante fenómenos como el suicidio (Suárez-Colorado, 2010; Suárez-Colorado, 2012).

La correlación significativa existente entre la dimensión de conciencia y la ideación suicida, indica que los adolescentes que presentan problemas en reconocer sus propias emociones al momento en que son experimentadas, son más propensos a presentar ideas suicidas. Resultados similares, fueron encontrados por Suárez, Restrepo, & Caballero (2016), en su estudio sobre Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos, donde sus correlaciones señalan que la habilidad para tener claridad sobre las

emociones y repararlas, anteponiendo a estados negativos emociones positivas están asociadas con la ideación suicida, indicando que a menor claridad emocional y menor reparación emocional, mayor es el riesgo desde la ideación suicida; a su vez, afirman que estas habilidades emocionales también trascienden relacionándose negativamente con actitud hacia la muerte, deseos suicidas, proyecto del intento y la realización del intento. En contraste, una falta de conciencia de la emoción e inhabilidad para manejar las propias emociones son síntomas prevalentes en algunos desordenes de personalidad y del control de los impulsos, que se conocen vinculados a los intentos de suicidio.

Por último, se hace necesario señalar que el estudio de las emociones ha revelado que el procesamiento adecuado de la información emocional dirige el pensamiento y la conducta, por tanto, permite que se generen adecuados procesos de adaptación, lo cual facilita la búsqueda de resolución de problemas y, por consiguiente, propicia el éxito y bienestar en los sujetos (Mayer & Salovey, 1997; Chan & Nock, 2009). De manera que el despliegue de habilidades emocionales funciona como factor protector ante este problema de salud pública que es la ideación suicida, dado que, como se anotó anteriormente, el paciente suicida se caracteriza por la experimentación de intensas emociones negativas, una invalidez para tolerarlas e incapacidad para regularlas (Ceballos & Suárez, 2012).

Algunas limitaciones metodológicas del presente estudio están relacionadas con el tamaño de la muestra que no fue representativa, pues se estima que los resultados y las conclusiones obtenidas del presente no pueden ser generalizados a toda la población adolescente colombiana, por tanto, se recomienda realizar estudios con una población más amplia y representativa que permita una evaluación más profunda de estas variables.

Si bien los resultados de esta investigación no son concluyentes, se sugiere para futuras investigaciones seguir profundizando en otros factores que puedan estar asociados a la ideación suicida, tales como: relaciones familiares, apoyo social, fracaso escolar, inteligencia emocional, el contexto social donde se desenvuelven los adolescentes, al igual realizar estudios sobre el análisis de la influencia de la edad y el género de los sujetos en el uso de las estrategias de regulación emocional; con el fin de generar o fortalecer los modelos explicativos de dichas variable, así mismo generar programas de prevención del riesgo y promoción de los factores protectores de la salud mental de los adolescentes orientados a la regulación de las emociones.

Conclusiones

- A partir del análisis de los resultados obtenidos del presente estudio, se concluye que los adolescentes que presentan ideas suicidas, no todos poseen dificultades en la regulación de sus emociones.
- Los adolescentes participantes, mostraron dificultad en algunas dimensiones de la regulación, tales como: claridad, metas, impulsividad y estrategias de regulación; sin embargo, no es determinante para la presencia o ausencia de ideas suicidas.
- Cerca de la mitad de los adolescentes participantes, presentaron ideas suicidas, es decir, poseen baja presencia de pensamientos de protección tales como sentido de control, autoconfianza, expectativas positivas, alegría y satisfacción con la vida. Así mismo se concluye que la presencia de ideas suicidas se vio más marcada en los adolescentes de género masculino que del género femenino.
- La etapa de la adolescencia es caracterizada por la presencia de impulsividad, en su mayoría, los adolescentes evaluados presentaron dificultades para inhibir sus estados emocionales, manifestando sentimiento de pérdida de control sobre sus estados emocionales o conductas cuando están alterados.
- A nivel general, los participantes presentaron dificultades en la regulación emocional existiendo una prevalencia en el nivel medio de dificultad, caracterizándose por las dificultades en monitorizar, evaluar y modificar sus reacciones emocionales para cumplir sus metas u objetivos.
- Las dificultades de regulación emocional en la adolescencia, se debe a la maduración temprana del sistema límbico, y la participación de circuitos emocionales como la

amígdala, en lugar de los lóbulos frontales, encargados de las áreas vinculadas con el control inhibitorio, el autodomínio emocional y la comprensión.

- Se comprobó la hipótesis de trabajo debido a que, si se encontró una relación entre la ideación suicida y la regulación emocional, debido a que los adolescentes que presentaron ideación suicida también presentaron dificultades en la regulación de sus estados emocionales, sin embargo, solo se ven marcados en algunas dimensiones de la regulación. De lo cual se infiere que, al usar pocas estrategias de regulación emocional, es más probable que se presenten ideas suicidas y son más propensos al riesgo de suicidio.

Referencias

- Abela, J, Auerbach, R., Tong, X., Xiao, J., Yao, S. & Zhu, X. (2008). Psychometric properties of the Cognitive. Emotion Regulation Questionnaire: Chinese version. *Cognition & Emotion*, 22, 288-307. doi:10.1080/02699930701369035.
- Abeloff, M. Derogatis, L. & Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms to breast cancer and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 242, 1505-1508.
- Aguilar, J., Hidalgo, D., Cano, R., López C., Campillo, M. & Hernández, M. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 121-125.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.) Madrid: Panamericana
- Amezquita, M. E., González, R. E. & Zuluaga, D. (2008). Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Revista Hacia la promoción de la Salud*, 13, 143-153
- Anderson, V., Catroppa, C., Chevignard, P. & Galvin, J. (2010). Development and evaluation of an ecological task to assess executive functioning post childhood TBI: the children's cooking task. *Brain Impairment*, 11(02), 125-143.
- Andrade, J., Blandón, O., García, J., Layne, B. & Quintero, H. (2015). *El suicidio: cuatro perspectivas*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.

- Andrés, M.L.; Massone, A. & Calcopietro, M. (2013). *Aspectos cognitivos, fisiológicos y comportamentales de la emoción. Relaciones con los procesos de salud y enfermedad. Material de circulación interna. Ficha de Cátedra*. Cátedra de Psicología Cognitiva, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata (Argentina).
- Arango, V. & Mann, J. J. (1992). Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. *Journal of clinical psychopharmacology*, 12(2), 2-7.
- Arenas, A., Castro, S., de la Espriella, M., Gil, F., Gómez, C., Miranda, C., Pinto, D. & Uribe, M. (2013). Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 27-35. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000500005&lng=en&tlng
- Así Vamos en Salud (2016). Estado de salud. Indicadores. Fundación Santa Fe de Bogotá: Centro de Innovación. Recuperado de <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/56>
- Ato, E., Carranza, J. & González, C. (2004) Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20(1), 69- 79.
- Baca, E., Giner, J., Oquendo, M.A. & Mann, J. (2008). Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1383-1384.

- Bachus, S. E., Egan, M. F., Herman, M. M., Hyde, T. M. & Kleinman, J. E. (1997). Abnormal cholecystokinin mRNA levels in entorhinal cortex of schizophrenics. *Journal of psychiatric research*, 31(2), 233-256.
- Beautrais, A., Fergusson, D. & Horwood, L. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Journal of Psychological Medicine*, 33, 61-73.
- Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Beck, A.T. & Rush, A. (1978). Cognitive Therapy of Depression and Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32, 2, 201-219.
- Berger, F. (2017). Depresión mayor. Medline Plus: Información de Salud para usted. [Versión electrónica]. Bethesda: Department of Health and Human Services. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000945.htm>
- Bille Brahe U. (1998). *Suicidal behavior in Europe. The situation in the 1990s*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Recuperado de: <http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf>
- Bisquerra, R. & Fernández, M. (2009). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis Wolters Kluwer.
- Bobes, J., Sáiz P, García-Portilla, M., Bascarán, M. & Bousoño, G. (2004). *Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica.

- Bombín, I., Díaz, U., Cifuentes, A. Climent, G., Luna, P. & Tirapu, J. (2014). Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas mediante realidad virtual. *Revista de Neurologia*, 58(465), 75.
- Bronisch, T. & Brunner, J., (1999). Neurobiological correlates of suicidal behavior. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 67(9), 391-412.
- Bower, G. H. & Forgas, J. P. (2001). Mood and social memory. In J. P. Forgas (Ed.), *Handbook of affect and social cognition* (pp. 95-120). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Busch, K. A., Fawcett, J., Fogg, L. Jacobs, D. & Kravitz, H. M., (1997). Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836, 288–301.
- Cakmak, A. & Cevik, E. (2010). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Development of Turkish version of 18-item short form. *African Journal of Business Management*, 4, 2097-2102.
- Casass López, M. J. (2010). Calidad de vida del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 82(4), 112-116.
- Castellanos, E., Spontón, C., Medrano, A. L., Cifre, E. & Maffer, L. (2013). Emociones positivas y negativas en la predicción del burnout y engagement en el trabajo. *Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(1), 75-88.
- Ceballos, G. & Suárez, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Revista CES Psicología*, 5(2), 88-100.

- Chan, C.B. & Nock, M.K. (2009). "Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (48), 422-430.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: *el proceso emocional*” Departamento de Psicología Básica. *Universidad de Valencia. Recuperado, 26, 1-33*
- Cifuentes, S. (2013). *Comportamiento del suicidio, Colombia*. Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Clark, L., Tellegen, A. & Watson, D. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.
- Clavijo, J. & Sierra, M. (2010) Propuesta de intervención para el fortalecimiento de habilidades sociales y emocionales en adolescentes con ideación suicida de la ciudad de Medellín. (Tesis de pregrado). Universidad del CES, Medellín, Colombia.
- Cole, P. & Kaslow, N. (1988) Interactional and cognitive strategies for affect regulation: developmental perspective on childhood depression. *En L. Alloy (Ed.), Cognitive processes in depression*. New York: The Guilford Press, 310-343.
- Colorado, Y. S. (2012). La Inteligencia Emocional como Factor Protector ante el Suicidio en Adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 183-196.
- Cook, C., Cheng, J., Gross, J. J. & Mauss, I. (2007). Individual differences in cognitive reappraisal: Experiential and physiological responses to an anger provocation. *International Journal of Psychophysiology*, 66(2), 116-124.

Cooper, J., Appleby, L. & Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people.

Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 37(6), 271-275.

Correa, R. (2015). *Comparación de las funciones ejecutivas frías y calientes en adolescentes con y sin trastorno disocial* (tesis de maestría). Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia.

Cortés, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 132-139.

Courtet, P., Jollant, F., Castelnaud, D., Buresi, C. & Malafosse, A. (2005, February). Suicidal behavior: relationship between phenotype and serotonergic genotype. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* 133(1), 25-33.

Davidson, R., Nitschke, J., Pizzagalli, D. & Putnam, K. (2002). Depression: Perspectives from Affective Neuroscience. *Annual Review of Psychology*, 53, 545–74.
doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135148

De la villa, M. & Sirvent, C. (2011). Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 33-56.

Delgado, P. L. & Moreno, F. A. (1999). Role of norepinephrine in depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 61, 5-12.

Denollet, J., Nyklíček, I. & Vingerhoets, A. (2002). Emotional (non-)expression and health: Data, questions, and challenges. *Psychology & Health*, 17, 517-528.

- Díaz-Atienza, F., Prados Cuesta, M. & Ruiz-Veguilla, M. (2004). Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes: resultados preliminares. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 10-19.
- Dodge, K. A. & Garber, J. (1991). *The development of emotion regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press.
- Dovrov, E. & Thorell, L. (2004). Reasons for living-translation, psychometric evaluation and relationship to suicidal behavior in a Swedish random sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 277-285.
- Duarté, Y. M. & Rosselló, J. (1999). Riesgo Suicida, sintomatología depresiva y actitudes disfuncionales en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 33, 219- 234.
- Duberstein, P. & Witte, T. K. (2009). Suicide risk in personality disorders: An argument for a public health perspective. In P. M. Kleespies, (Ed.), *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, of suicide, violence, and victimization* (pp. 257-286). Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037//118665-012>
- Dufey, M., Fernandez, A. & Mourgues, C. (2007). Expresión y reconocimiento de emociones: un punto de encuentro entre evolución, psicofisiología y neurociencias. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 2(1), 8-20.
- Durán, M. A., Extremera, N., Rey, L., Fernández-Berrocal, P. & Montalbán, F. M. (2006). Predicting academic burnout and engagement in educational settings: Assessing the

- incremental validity of perceived emotional intelligence beyond perceived stress and general self-efficacy, *Psicothema*, 18, 158-162.
- Desuque, D. A., Vargas Rubilar, J. & Lemos, V. N. (2011). Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en Entre Ríos, Argentina. *Liberabit*, 17(2), 187-198.
- Erber, R., Therriault, N. & Wegner, D. M. (1996). On being and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 757-766.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de educación*, 332(2003), 97-116.
- Extremera, N., Duran, A. & Rey, L. (2006). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1069-1079.
- Farah, J. & Hackman, A., (2009). Socioeconomic status and the developing brain. *Trends in cognitive sciences*, 13(2), 65-73.
- Feldman, L. & Gross, J. (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation: One or Two Depends on Your Point of View. *Emotion Review*, 3(1), 8-16.
- doi:10.1177/1754073910380974

- Feliú, T., Norma, B., Parras, E. & Trenzado, R. (2001). Suicidio, cuarta causa de muerte en Cárdenas. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2), 115-119.
- Fernández, N., Merino, H. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 121-127.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1(5), 251-254.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Palomera, R., Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. & Cabello, R. (2009). Avances en el estudio de la inteligencia emocional. In *Trabajo presentado en el I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional. Fundación Marcelino Botín. Santander (España)*.
- Forero, I., Siabato, E. & Salamanca, Y. (2016). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1).
- Flores, J. & Ostrosky, F. (2008). Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 47-58.
- Forgas, J. P. & Ciarrochi, J. V. (2002). On managing moods: Evidence for the role of homeostatic cognitive strategies in affect regulation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 336-345.

- Forgas, J. P. (1995). Mood and judgment: The affect infusion model (AIM). *Psychological Bulletin*, 117, 39-66.
- Forgas, J. P. (2000). Managing moods: Toward a dual-process theory of spontaneous mood regulation. *Psychological Inquire*, 11, 172-177.
- Frances, R. J., Franklin, J. & Flavin, D. K. (1987). Suicide and alcoholism. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 13(3), 327-341.
- García-De-Jalon, E. & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3): 87-96.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149.
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327. doi:10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Giese-Davis, J. & Spiegel, D. (2003). Emotional expression and cancer progression. En R. J. Davison, K. R. Scherer & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 1053-1082). Oxford: Oxford University Press.
- Goldin, P., Gross, J. J. McRae, K. & Ramel, W. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological psychiatry*, 63(6), 577-586.

- Goldney, R. D., Winefield, A. H., Tiggemann, M., Winefield, H. R. & Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(5), 481-489.
- Gómez, C., Rodríguez Malagón, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina, M. & Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(4), 283-298.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. Á. & Wagner, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4) 524-532.
- González, J., Mejía, M. & Sanhueza, P. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoria*, 8, 15-25.
- González, L., Gracia, R., Montes, D., Rodríguez, F. & Sierra López, A. (1990). La prevención del suicidio (I): prevención primaria. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 11(8) 47-52.
- Gould, M., Greenberg, T., Shafer, D. & Velting, D. (2003). Youth suicide risk and preventive intervention: a review of the past 10 years. *American Academy of Child adolescent psychiatry*, 42, 387-402. doi: 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF
- Granados, O. & Reyes Z. (2014). La desesperanza y la dificultad en la regulación emocional como factores de riesgo en la ideación o riesgo suicida en adolescentes de una escuela de nivel medio superior dentro del D.F. (Tesis de diplomado). Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., México, D.F.
- Gratz, K. (2003). Risk factors and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.

- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J. & Muñoz, R. (1995) Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2):151-164.
- Gross, J. J. & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gross, J. J. & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gutiérrez-García, A. G. & Contreras, C. M. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Segunda parte. *Salud mental*, 31(5), 417-425.
- Hassabis, D., Kumaran, D., Maguire, A. & Summerfield, J., (2009). Tracking the emergence of conceptual knowledge during human decision making. *Neuron*, 63(6), 889-901.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, P. 2006. *Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. Mc Graw Hill: México DF.*

- Hervás, G. & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Hoyle, R. H. (2010). Personality and Self-Regulation. En R. H. Hoyle (Ed.), *Handbook of personality and Self Regulation* (pp. 1-18). Oxford: WileyBlackwell.
- Hughes, J., Langille, D. B. Rigby, J. A., Tomblin, G. & Wang, J., (2003). Suicidal Behaviours Among Adolescents in Northern Nova Scotia. *Canadian Journal of Public Health*, 94, 207-211.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2011). Suicidios en el área metropolitana de Barranquilla. Enero a abril del año 2011. *Boletín CRRV Norte*, 7(7), 1-8.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). “Quitarse la vida cuando esta aun comienza” Suicidios NNA* en Colombia en el año 2013. *Boletín epidemiológico trimestral*, 6(8), 2-12.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2016). *Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015: Violencia autoinflingida, desde un enfoque forense*. Centro de Referencia Regional Sobre Violencia – Medellín. *Vida* 16(1),181-200. Disponible en: www.medicinalegal.gov.co
- Jermann, F., d'Acremont, M., Van der Linden, M. & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131.
- Jiménez, M., Mingote, J., Osorio, R. & Palomo, T. (2004). *Suicidio: asistencia clínica. Guía práctica de psiquiatría médica*. Madrid: Díaz de Santos.

- Kalisch, R. (2009). The functional neuroanatomy of reappraisal: time matters. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(8), 1215-1226.
- Kendall, P. & Southam, M. (2002) Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22:189-22.
- Kim, Y., Lee, E., Minnick, M. Pérez, C. & Soto, J. (2011). Is expressive suppression always associated with poorer psychological functioning? A cross-cultural comparison between European Americans and Hong Kong Chinese. *Emotion*, 11(6), 1450.
- Kinkead, A., Garrido, L. & Uribe, N. (2011). Modalidades evaluativas en la regulación emocional: Aproximaciones Actuales. *Revista argentina de clínica psicológica*, 20(1), 30-38.
- Kolb, B. & Whishaw, I.Q. (2006). *Fundamentos de neuropsicología humana*. Madrid. Panamericana.
- Kovacs, M. Oland, A., Shaw, D., Silk, J. & Skuban, E., (2006) Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 9-78.
- Gil, L. (2012). *Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicomédicos*. (Tesis doctoral, Universidad de Alcalá). Recuperado de http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Larsen, R. L. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141.
- Larsen, R.J. & Prizmic, Z. (2004), Affect regulation. En R. Baumeister y K. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation research* (pp. 40-60). Nueva York: Guilford.

- Lázaro, J. C. F. (2006). *Neuropsicología de los lóbulos frontales*. Tabasco, México. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. División Académica de Ciencias de la Salud.
- LeDoux, J. & Bernal, I. M. (1999). *El cerebro emocional*. Buenos Aires: Planeta.
- Lezak, M. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17(1-4), 281-297.
- Limonero, J. T. & Romero, M. J. (2011). Reacciones emocionales ante la adversidad (Ed), *Tratando... situaciones de emergencia* (pp. 53-72). Madrid, España: Pirámide.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of general psychology*, 9(2), 111.
- Macip, G., Martínez, D., León, O., Forteza, G. & Núñez, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(2), 21-30.
- McGaugh, J. L. (2004). The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences. *Annu. Rev. Neurosci.*, 27, 1-28.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819-828.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.

- Manzaneque, B. (2013). Contribución de la personalidad, variables químicas y disfunciones ejecutivas a la distorsión de la imagen corporal en estudiantes universitarios.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En: Salovey, P. y Sluyter, D. J. (eds). *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Basic Books. 3-31.
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B. & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18, 520-531.
- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, Á. & Pereno, G. (2013). Validación del cuestionario de regulación emocional cognitiva en universitarios de Córdoba, Argentina. *Psyche (Santiago)*, 22(1), 83-96.
- Ministerio de Salud Colombiano y Protección Social, Colciencias & Pontificia Universidad Javeriana. (2015). Encuesta nacional de salud mental 2015. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias & Pontificia Universidad Javeriana.
- Mojica, C. A., Sáenz, D. A. & Rey-Anacona, C. A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 681-692.
- Mojica, C. A., Sáenz, D. A. & Rey-Anacona, C. A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 681-692.
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud mental*, 21(5), 20-27.

- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud mental*, 21(5), 20-27.
- Moriondo, M., De Palma, P., Medrano, L. A. & Murillo, P. (2012). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: análisis psicométricos preliminares. *Universitas Psychologica*, 11(1), 187-196.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M. & Hoyos-González, J. S. (2016). Escala De Dificultades En Regulación Emocional (DERS): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 237-248.
- Navas, R. & José, J. (1981). Terapia racional emotiva. *Revista latinoamericana de psicología*, 13(1), 75-83.
- Nelson, E., Leibenluft, E., McClure, E. & Pine, D. (2005) The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35, 163-174.
- Nils, F., Rimé, B. & Zech, E. (2004). Social sharing of emotion, emotional recovery, and interpersonal aspects. *The regulation of emotion*, 157-185.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Prevención del suicidio (SUPRE). Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/ En agosto 22 de 2016.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Salud mental. Depresión. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

- Organización Panamericana de la Salud. (2007) Capítulo 2. Condiciones de salud y sus tendencias. In Salud en las Américas.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X. & Chiros, C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological reports*, 82(3), 783-793.
- Ospino, G. A. C. & Colorado, Y. S. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *CES Psicología*, 5(2), 88-100.
- <http://www.child-encyclopedia.com/documents/Rueda-PazAlonsoANGxp1.pdf>.
- Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, 15(5), 524–541. <http://doi.org/10.1111/bdi.12089>
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Parrot, W. G. (1993). Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. In D. M. Wegner y J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 278-305). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Pena, M., & Repetto, E. (2008). The state of research on Emotional Intelligence in Spain. *Electronic Journal of research in Education and Psychology*, 15(6), 400-420.
- Pérez, A. P., Uribe, I., Vianchá, M., Bahamón, M., Verdugo, J. C. & Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 30(3) 551-568.

- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., Castro, F. D., Leyva-López, A. & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud pública de México*, 52(4), 324-333.
- Phillips, K. & Power, M. (2007). A new selfreport measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(2), 145-156.
- Ricaurte A. (2015). Herramientas para la interpretación, intervención y prevención de las lesiones de causa externa en Colombia, Imprenta Nacional. *Forensis2014, Datos para la*
- Riediger, M. & Klipker, K. (2014) Emotion Regulation in Adolescence. En J.J. Gross (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation*. (pp 187-202). New York - London: The Guilford Press.
- Rodríguez, R. (2014). “Secuelas emocionales de un ambiente suicida e ideación suicida en los estudiantes de primero a tercer año de bachillerato de la unidad Educativa Técnico Industrial “Hermano Miguel” de la ciudad de Latacunga” (Tesis de pregrado). Universidad Técnica De Ambato, Ecuador.
- Rosselló, J. & Berríos, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2), 295-300.
- Rosselló, J., Duarte-Vélez, Y., Bernal, G. & Zuluaga, M. G. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(3), 321-329.

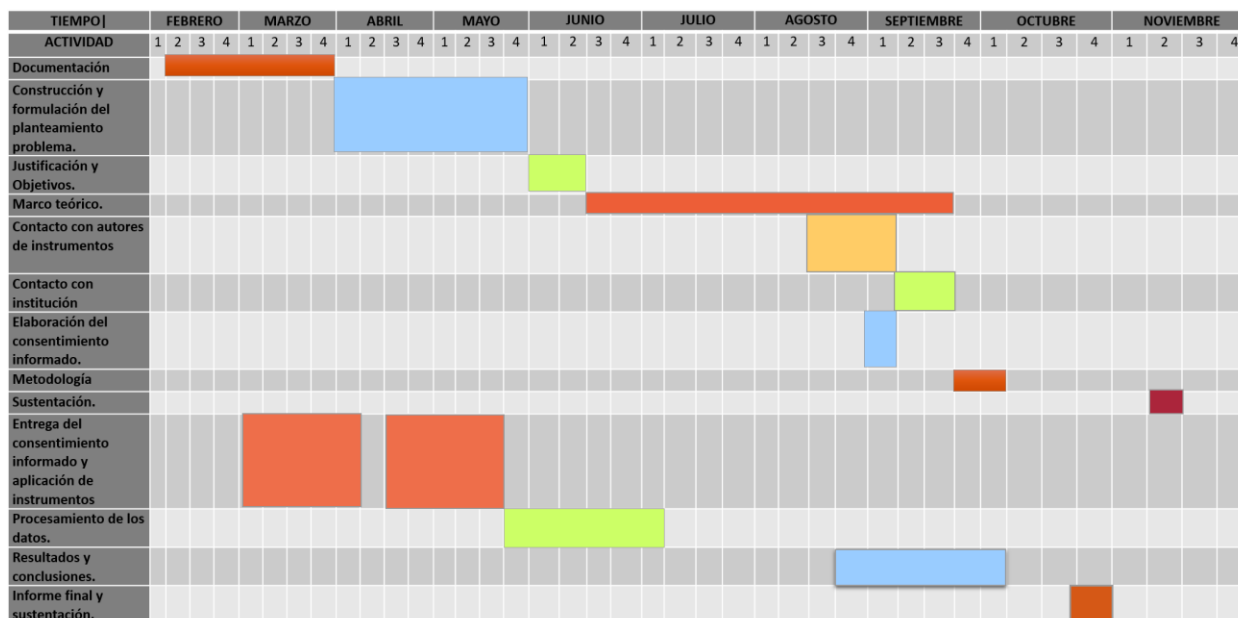
- Rothbart MK (1991) Temperamento. En: Strelau J., Angleitner A. (eds) *Explorations in Temperament. Perspectivas sobre las diferencias individuales* (pp. 61-74). Springer, Boston, MA.
- Rovira, G. (2010). Prácticas motrices introyectivas: Una vía práctica para el desarrollo de competencias socio-personales. *Acción motriz*, 5, 12-19.
- Roy, A., Rylander, G. & Sarchiapone, M. (1997). Genetic studies of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 595-611.
- Rueda, M. R. & Paz-Alonzo, P. M. (2013). *Executive function and emotional development*. Morton JB, topic ed. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Encyclopedia on Early Childhood Development online. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development. 1-7. Recuperado de
- Ruff, H. & Rothbart, M.K. (1996). *Attention in early development: Themes and variations*. New York: Oxford.
- Ruiz, J. A., Navarro-Ruiz, J. M., Torrente, G. & Rodríguez, A. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema*, 17, 4, 684-.690.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R. & Extremera, N. (2006). Inteligencia Emocional Percibida y Consumo de Tabaco y Alcohol en Adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 223- 230.
- Sampietro, L. & Buratti, M. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 149-154.

- Siabato Macías, E. F., Forero Mendoza, I. X. & Salamanca Camargo, Y. (2016). Association between Depression and Suicidal Ideation in a Group of Colombian Adolescents. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61.
- Silva, C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000300004>
- Suárez, Y. P., Restrepo, D. E. & Caballero, C. C. (2016). Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Revista Salud UIS*, 48(4), 470-475.
- Suárez-Colorado, Y. (2010). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 7(2), 282-283.
- Suárez-Colorado, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología, GEPU*, 3 (1), 182-200.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in Child Development*, 59, 25-52, 250-283. Doi:10.2307/1166137
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 30(6), 398.
- Ulich D. (1985). *El Sentimiento. Introducción A La Psicología De La Emoción*. Barcelona: Ed. Herder.
- UNICEF (2002). *Adolescencia una etapa fundamental*. Nueva York , Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia División de Comunicaciones 3 ,United Nations Plaza, H9-F Nueva York, NY 10017 US, ISBN: 92-806-3740-1.Recuperado: https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf

- Villalobos-Galvis, F.H. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. *Universitas Psychologica*, 9(2), 509-520.
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. & López, A. E. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5, 575-583.
- Weinberger, D. R., Elvevag, B. & Giedd, J. N. (2005). *The adolescent brain: A work in progress*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Wranik, T., Barrett, F. & Salovey, P. (2007). Intelligent emotion regulation: Is knowledge power. In J. J. Gross (Ed), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 393-407). New York: Guilford Press. Beautrais, Fergusson, y Horwood.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M. & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28(8) 863-75.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155-168.

Anexos

Anexo 1. Cronograma



Anexo 2. Presupuesto

Rubro	Actividad	Unidad	cantidad	Costo
Investigador	investigador	2.000.000	2	\$4.000.000
Digitador	digitador	150.000	2	\$300.000
Papelerías	Hojas, lápiz, borrador, etc.	5.000	40	\$200.0000
Equipos	portátil	1.000.000	1	\$1.000.000
Transportes y viáticos	Trasporte y refrigerios	200.000	4	\$800.000
Gastos administrativos	Gastos administrativos	300.000		\$1.000.000
			Sub total	\$5.500.000
Imprevisto	3%			\$165.000
			total	\$5.665.000

Anexo 3. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE LA COSTA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO PARA AUTORIZAR LA PARTICIPACION DE UN MENOR DE EDAD EN UN
ESTUDIO DE INVESTIGACION SOBRE: IDEACION SUICIDA Y REGULACION EMOCIONAL EN
ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD ATLANTICO

Nombres de los investigadores: 1. Tania Zúñiga Herrera
2. Luz de la Cruz Rodríguez

Señor _____ y Señora _____ le estamos informando sobre la participación de su hijo(a) menor de edad en un estudio de investigación formativa perteneciente al Grupo Internacional de Investigación Neuro-Conductual GINCO de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Costa, CUC.

En primera instancia deseamos informarle que:

- ✓ La participación en este estudio es absolutamente voluntaria.
- ✓ Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- ✓ Los temas abordados serán analizados en la investigación; manteniéndose en absoluta reserva los datos personales de la persona entrevistada.
- ✓ Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de investigación como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimiento

Objetivo y procedimiento de recolección de información con la técnica de aplicación de pruebas estandarizadas con los cuales se buscará medir variables específicas como ideación suicida y regulación emocional. Por medio del Inventario de Ideación Suicida Positivo y Negativo (Osman, 1998). y el Cuestionario de Dificultades Regulación Emocional (Muñoz, Vargas, Y Hoyos, 2016).

Los resultados serán publicados manteniendo total reserva sobre los datos personales y serán entregados a la Universidad de la Costa como requisito de producción final de la investigación y socializados a usted como participante del proceso.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el objetivo de la investigación, bajo la responsabilidad de las investigadoras Luz De la Cruz y Tania Zúñiga, con las explicaciones verbales sobre ello y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que he resuelto participar. Además, expresamente autorizo al investigador para utilizar la información codificada en otras futuras investigaciones. En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en la ciudad de Barranquilla el día _____ del mes de _____ del año _____.

Autorización del padre:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Autorización de la madre:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

En caso que usted necesite hacer alguna consulta sobre la experiencia de su hijo(a) menor de edad a partir de los temas tratados en las entrevistas, talleres y/o pruebas, puede comunicarse con Luz de la Cruz, al teléfono 3729244, o con Tania Zúñiga al celular 3007397830.

Nombre, firma y documento de identidad del investigador:

Nombre: _____ Firma: _____

Cédula de ciudadanía: _____ de _____

Anexo 4. Instrumentos de evaluación usados.**PANSI**

A continuación, encuentras una lista de frases que se pueden aplicar a tu caso personal o no. Por favor lee atentamente cada frase y marca en la columna la opción que mejor refleje tu situación en las últimas **dos semanas**:

<i>Durante las últimas dos semanas...</i>	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
1. Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
2. Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
3. Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
4. Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
5. Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
6. Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tu querías?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
7. Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
8. Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
9. Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
10. Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
11. Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
12. Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
13. Sentiste que valía la pena vivir la vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
14. Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre

Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS). Español-Colombia.**(Muñoz-Martínez, Vargas, & Hoyos-González, 2016)**

Por favor indique con qué frecuencia las siguientes afirmaciones a continuación aplican para usted, mencionando el número que considere más apropiado de acuerdo con la escala que encuentra abajo. Escriba el número correspondiente en la casilla junto a cada ítem.

1	2	3	4	5
Casi nunca	Algunas veces	Cerca de la mitad del tiempo	La mayoría del tiempo	Casi siempre
(0-10%)	(11-35%)	(36-65%)	(66-90%)	(91-100%)

Ítems	Calificación
1. Tengo dificultad para encontrar el significado a mis sentimientos.	
2. Yo me siento confundido acerca de cómo me siento.	
3. Cuando estoy alterado, tengo dificultad para realizar el trabajo.	
4. Cuando estoy molesto, quedo fuera de control	
5. Cuando estoy alterado, creo que seguirá siendo así durante mucho tiempo.	
6. Cuando estoy alterado, creo que voy a terminar sintiéndome muy deprimido.	
7. Cuando estoy alterado, tengo dificultad para concentrarme en otras cosas.	
8. Cuando estoy alterado, me siento fuera de control.	
9. Cuando estoy alterado, me siento avergonzado de mí mismo por sentir de esa manera.	
10. Cuando estoy alterado, yo tengo dificultades concentrándome.	
11. Cuando estoy alterado, tengo dificultades controlando mis comportamientos.	
12. Cuando estoy alterado, creo que no hay nada que pueda hacer para	

sentirme mejor.	
13. Cuando estoy alterado, pierdo el control sobre mis conductas.	
14. Cuando estoy alterado, encuentro difícil pensar en algo más.	
15. Yo estoy atento a mis sentimientos (r).	